

**Amélioration des pratiques au sein du réseau de la santé et  
des services sociaux afin de protéger les droits  
de la personne majeure en situation de vulnérabilité.  
Proposition de modèles organisationnels**

Par  
Myriam Jochems

DRT-779  
Essai soumis à la Faculté de droit  
en vue de l'obtention du grade de « Maître en droit »  
Université de Sherbrooke

2019

## **RÉSUMÉ**

Le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que les tribunaux font face à une croissance du nombre de situations complexes et litigieuses impliquant des personnes vulnérables. Les professionnels ayant à évaluer et à intervenir ont souvent à composer à la fois avec le besoin de protection et le droit à l'autodétermination de la personne. Les personnes vulnérables, même inaptes, ont des droits. Afin d'en assurer le respect, dont celui de vivre et de mourir dans la dignité, les intervenants se doivent de développer des compétences et des connaissances spécialisées. En outre, les situations complexes exigent parfois la collaboration et le soutien d'experts. Cet essai propose une revue de modèles d'organisation mis en place au sein de certains établissements et ayant fait leurs preuves, modèles dont d'autres pourraient s'inspirer.

## **ABSTRACT**

The health and social services network, as well as the courts, are facing an increase in the number of complex and contentious situations involving vulnerable people. Professionals who have to assess and intervene must often deal with both the need for protection and the person's right to self-determination. Vulnerable people, even those who are incapable, have rights. In order to ensure that these are respected, including that of living and dying with dignity, stakeholders must develop specialized skills and knowledge. Also, complex situations sometimes require the collaboration and support of experts. This essay offers a review of implemented and proven organizational models in certain establishments, models from which others could draw inspiration.

## **Remerciements**

Je tiens à remercier tout spécialement ma directrice d'essai, madame Nancy Lachance, qui m'a orienté et appuyé tout au long de ma démarche. Elle a su me conseiller et me soutenir. Nos échanges ont toujours été d'une grande richesse. Ses connaissances et son expérience clinique et comme gestionnaire m'ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce projet.

Je souhaite remercier également une complice, M<sup>e</sup> Anne-Marie Veilleux, avec qui je parcours le Québec afin d'offrir la formation « Consentement aux soins et inaptitude » depuis les dix dernières années. Elle et moi avons souvent reçu les témoignages et les préoccupations des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux avides de perfectionner leurs connaissances et d'améliorer leurs interventions. Son expérience et ses réflexions m'ont été d'une grande aide.

J'aimerais également remercier mes collègues de travail du département de gériatrie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ainsi que le personnel du bureau des affaires juridiques du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal qui ont été de précieux partenaires au cours des dernières années et avec qui j'ai beaucoup appris.

La réalisation de cet essai n'aurait pas été possible sans la contribution de ma chère amie Élane Ouimet qui a su me conseiller afin de mieux livrer mon message.

Je désire enfin remercier ma famille, mes trois enfants Étienne, Laurence et Édith et mes trois petits-enfants Maélie, Maxence et Collin, qui ont dû partager leur mère et leur mamie avec les études.

Merci à tous et à toutes pour votre contribution.

## Table des matières

PREAMBULE .....	1
INTRODUCTION .....	1
1 PORTRAIT DE LA SITUATION D'UNE POPULATION A RISQUE.....	2
1.1 CONSTAT .....	2
1.1.1 Vieillissement démographique .....	2
1.1.2 Prévalence de l'affection neurologique projetée selon l'âge .....	4
1.1.3 Autres affections pouvant nuire aux capacités décisionnelles de la personne majeure.....	6
1.1.3.1 La maladie mentale .....	6
1.1.3.2 La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme.....	7
1.1.4 Curateur public : indicateur de croissance des majeurs inaptes en situation de vulnérabilité .....	9
1.2 IMPACTS SUR CERTAINS RECOURS JUDICIAIRES .....	11
1.2.1 Demandes de gardes .....	11
1.2.2 Demandes d'autorisation judiciaire de soins .....	14
2 LE DROIT DES PERSONNES MAJEURES : VULNERABLES OU PAS – RAPPEL A L'ORDRE .....	19
2.1 LES DROITS FONDAMENTAUX : LOIS, JURISPRUDENCE ET DOCTRINE.....	20
2.1.1 Les chartes et les droits fondamentaux .....	20
2.1.2 Le Code civil du Québec .....	23
2.1.2.1 L'inviolabilité et l'intégrité de la personne .....	24
2.1.2.2 L'intérêt et les volontés de la personne .....	27
2.1.2.3 L'urgence de donner le soin, mais avec prudence.....	29
2.1.2.4 Le consentement substitué.....	30
2.1.2.5 L'autorisation du tribunal, le refus injustifié et le refus catégorique .....	31
2.1.2.6 La garde en établissement et l'évaluation psychiatrique.....	32
2.1.2.7 Les régimes de protection des majeurs.....	33

2.1.3	La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui.....	36
2.1.4	La Loi sur les services de santé et les services sociaux .....	38
2.1.5	La Loi concernant les soins de fin de vie.....	40
2.1.6	La Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.....	43
3	DEVELOPPEMENT DE MODELES DE STRUCTURES ORGANISATIONNELLES POUR LE BENEFICE DE LA PERSONNE MAJEURE EN SITUATION DE VULNERABILITE .....	45
3.1	COMPLEXITE DES SITUATIONS CLINIQUES.....	45
3.2	CONNAISSANCES REQUISES ET ACCES A L'EXPERTISE .....	47
3.3	MODELES ORGANISATIONNELS.....	48
3.3.1	Collecte d'information auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec .....	48
3.3.2	Obligation de se conformer.....	49
3.3.3	Modèles se démarquant .....	50
3.3.4	Le Bureau du majeur inapte du CIUSSS de la Capitale-Nationale, une équipe dédiée .....	53
3.3.4.1	L'équipe du BMI, ses collaborateurs et ses partenaires .....	54
3.3.4.2	Offre de service du BMI.....	55
3.3.5	Le CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean, autre modèle organisationnel novateur .....	57
	CONCLUSION .....	58
	BIBLIOGRAPHIE .....	61
	ANNEXE .....	71

## Liste des tableaux

Tableau 1 *F. D. c. Centre universitaire de santé McGill*, 2015 QCCA 1139..... 16

Tableau 2 Demandes en autorisation de soin présentées devant la Cour supérieure  
ou la Cour du Québec ..... 17

## Liste des acronymes

AMM	Aide médicale à mourir
BMI	Bureau du majeur inapte
BPMV	Bureau de protection des majeurs vulnérables
C.c.Q.	Code civil du Québec
C. prof.	Code des professions
C.p.c.	Code de procédure civile
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CIUSSS-NIM	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du-Nord-de-l'Île-de-Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
DSM	Direction des services multidisciplinaires
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
L.p.p.	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
LCSFV	Loi concernant les soins de fin de vie
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PAM	Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées
PIC	Processus d'intervention concerté
TNC	Trouble neurocognitif
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UQAM	Université du Québec à Montréal
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

## **Préambule**

Au cours des dernières années, les professionnels du réseau la santé et des services sociaux, de même que les juristes constatent une augmentation importante des situations complexes exigeant des mesures de protection, voire un recours judiciaire, pour les personnes présentant des problèmes de santé dus à l'âge, à la maladie mentale, à la déficience intellectuelle ou au trouble du spectre de l'autisme et qui sont dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui ou qui sont incapables à consentir à leurs soins, à voir à leur personne ou à administrer leurs biens. Ces démarches ont pour but d'ouvrir un régime de protection ou d'homologation d'un mandat de protection, d'imposer une évaluation psychiatrique à la personne, de la garder contre sa volonté en établissement, de lui imposer un ou des soins contre son gré et même parfois jusqu'à la forcer à un hébergement en milieu de soin.

L'augmentation des recours judiciaires engendre une pression autant sur les établissements du réseau de la santé et des services sociaux – préoccupés par l'efficacité des ressources financières et professionnelles – que sur les tribunaux déjà surchargés.

Les situations complexes et litigieuses exigent des professionnels des connaissances spécialisées et des interventions appropriées afin d'offrir la protection dont devrait bénéficier toute personne majeure en situation de vulnérabilité. En outre, les professionnels ne peuvent assurer cette protection sans le concours de leurs établissements.

## **Introduction**

Cet essai propose des modèles organisationnels visant à améliorer les pratiques cliniques et à favoriser un meilleur arrimage entre les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et ceux du milieu juridique. Cette concertation est devenue plus que nécessaire pour assurer la protection des personnes majeures en situation de vulnérabilité et, surtout, pour veiller au respect de leurs droits.

Dans un premier temps, nous dresserons un portrait de la situation en posant, entre autres, un regard sur le vieillissement de la population, sur la prévalence des maladies



dégénératives susceptibles d'engendrer des incapacités et sur d'autres affections pouvant également nuire à la capacité décisionnelle de la personne et mener parfois à un recours judiciaire. Dans un deuxième temps, nous ferons une revue des cadres légal, jurisprudentiel et doctrinal actuels devant guider la pratique clinique et juridique. En troisième lieu suivra la présentation de différents modèles organisationnels et de l'offre de services spécialisés de certains établissements. En conclusion, nous verrons que la protection des personnes majeures vulnérables ne pourra se faire sans la volonté, l'ouverture et la créativité de tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Comme on pourra le constater, l'instauration de nouvelles structures, entre autres d'une équipe dédiée au sein des établissements, pourrait s'avérer bénéfique pour tous, en outre pour les établissements cherchant à être plus efficaces.

## **1 Portrait de la situation d'une population à risque**

### **1.1 Constat**

#### **1.1.1 Vieillesse démographique**

Les chercheurs, les statisticiens, les médias et nos politiciens ne cessent de nous rappeler que le vieillissement de la population entraîne des répercussions sur les plans économique et social. « Le vieillissement démographique et ses conséquences sur la vie sociale et économique posent de grands défis à la société québécoise, autant pour les individus et leurs proches que pour l'ensemble de la collectivité. »<sup>1</sup> En effet, les conséquences sont énormes, notamment pour le système de santé et de services sociaux, ainsi que pour le système de justice.

L'Organisation mondiale de la Santé (ci-après OMS) signale que la population mondiale vieillit rapidement. « Entre 2015 et 2050, la proportion de la population mondiale de plus de 60 ans doublera pour passer d'environ 12 % à 22 %. D'ici à 2050, on s'attend à ce que

---

<sup>1</sup> Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, *Le vieillissement démographique de nombreux enjeux à déchiffrer*, Dao, Ha, Godbout, Luc, Fortin, Pierre, 2012, p. 11, en ligne : <<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/vieillesse.pdf>> (consulté le 28 novembre 2019).

la population mondiale âgée de 60 ans et plus atteigne deux milliards de personnes, contre 900 millions en 2015. »<sup>2</sup>

Au Canada, l'augmentation de la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus se poursuivra à un rythme accéléré au cours de la prochaine décennie. En 2030, la proportion de ce groupe au sein de la population totale se chiffrera entre 21,2 % et 23,4 %, comparativement à 17,2% en 2018.<sup>3</sup> Non seulement la population vieillit, mais on observe aussi une augmentation de l'espérance de vie. Statistique Canada rapporte que l'espérance de vie à la naissance s'est grandement améliorée depuis le début du 20<sup>e</sup> siècle et a atteint un sommet en 2014-2016, soit 79,9 ans pour les hommes et 84,0 ans pour les femmes.<sup>4</sup> La population est donc composée d'un plus grand nombre de personnes du troisième (65 à 80 ans), mais aussi du quatrième âge (80 ans et plus) susceptibles de développer des atteintes cognitives et ainsi d'avoir besoin de protection. En 2019, au Canada, on comptait 74 086 personnes entre 95 et 99 ans et 10 795 ayant 100 ans et plus.<sup>5</sup> On projette qu'il y aura 78 300 centenaires au Canada en 2061.<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la santé, *Vieillesse et santé, Principaux faits*, 5 février 2018, <<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>> (consulté le 28 novembre 2019)

<sup>3</sup> Statistiques Canada, *Projections démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2013 à 2068), Section 2- Résultats à l'échelle nationale 2018 à 2068, Structure par âge de la population canadienne*, en ligne : <<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/2019001/sect02-fra.htm>> (consulté 28 novembre 2019).

<sup>4</sup> Statistiques Canada, *Rapport sur l'état de la population du Canada, Mortalité, aperçu 2014-2016*, date de diffusion le 28 juin 2018, en ligne : <<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-209-x/2018001/article/54957-fra.htm>> (consulté le 28 novembre 2019).

<sup>5</sup> Statistique Canada, Tableau : 17-10-0005-01 - Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet 2019, Canada, en ligne : <<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501>> (consulté le 28 novembre 2019).

<sup>6</sup> Statistique Canada, Recensements de la population, 2001, 2006 et 2011 et Statistique Canada, 2010, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2009 à 2036, no 91-520 au catalogue de Statistique Canada (scénario de croissance moyenne), les scénarios de projections pour le Canada sont disponibles jusqu'en 2061*.4, en ligne : <[https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/2011003/fig/fig3\\_1-1-fra.cfm](https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/2011003/fig/fig3_1-1-fra.cfm)> (consulté le 30 novembre 2019).

Le Québec n'est pas en reste, comptant 2559 centenaires en 2019<sup>7</sup>. Ce nombre devrait progresser très rapidement et atteindre 45 000 en 2066, selon un rapport de l'Institut de la statistique du Québec paru en 2019.<sup>8</sup>

### 1.1.2 Prévalence de l'affection neurologique projetée selon l'âge

« L'espérance de vie des personnes âgées s'est accrue considérablement. Elles sont aujourd'hui en meilleure santé qu'il y a un quart de siècle. »<sup>9</sup> Toutefois, malgré le fait que l'on vive plus vieux et en meilleure santé, l'âge demeure un facteur de risque important sur la prévalence de développer certains problèmes de santé, dont des atteintes cognitives. Ces atteintes pourraient nuire aux capacités décisionnelles concernant la gestion de la personne, l'administration de ses affaires et de ses soins de santé.

Nous observons que les troubles neurocognitifs (ci-après TNC)<sup>10</sup> sont un fléau. L'OMS rapporte une augmentation spectaculaire dans le monde entier de personnes atteintes de démences telles que la maladie d'Alzheimer, « puisqu'on estime que de 25 à 30 % des (personnes de) 85 ans et plus sont atteints d'une certaine forme de déclin cognitif »<sup>11</sup>. « En 2015, la démence a touché plus de 47 millions de personnes dans le monde entier. D'ici 2030, on estime que plus de 75 millions de personnes seront atteintes de démence, et ce nombre devrait tripler d'ici à 2050. Il s'agit de l'un des principaux défis de santé de notre époque. »<sup>12</sup>

Un groupe d'experts ayant mené une étude sur la santé et le vieillissement au Canada – étude reprise par la Société d'Alzheimer Canada – avance qu'en 2016, 564 000 personnes,

---

<sup>7</sup> Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, *Population et structure par âge et sexe*, 2019, en ligne : <<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/population-quebec-age-sexe.html>> (consulté le 30 novembre 2019).

<sup>8</sup> Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions*, 2016-2066, Edition 2019, p. 26, en ligne : <<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2016-2066.pdf>> (consulté le 30 novembre 2019).

<sup>9</sup> Pierre-Joseph Ulysse et Frédéric Lesemann, *On ne vieillit plus aujourd'hui de la même façon*, Lien social et Politiques, no 38), 1997, p. 39, en ligne : <<https://id.erudit.org/iderudit/005243ar>> (consulté le 3 mai 2019)

<sup>10</sup> American psychiatric association, Mini DSM-5, *Critères diagnostiques*, Ed. Elsevier Masson, 2016, p. 264.

<sup>11</sup> Organisation mondiale de la Santé, Vieillesse et qualité de vie, en ligne : <<http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>> (consulté le 30 novembre 2019).

<sup>12</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, 2016, p. 67, en ligne : <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1)> (consulté le 30 novembre 2019).

soit 1,5 % de la population totale, étaient atteintes d'une maladie cognitive et prévoit qu'en 2033, 987 000 personnes en seront atteintes, soit presque le double.<sup>13</sup> « Après l'âge de 65 ans, le risque de développer la maladie d'Alzheimer ou une maladie neurologique apparentée double environ tous les cinq ans. Plus on vieillit, plus le risque est élevé. Une personne sur vingt âgée de plus de 65 ans et une personne sur quatre de plus de 85 ans sont atteintes de la maladie d'Alzheimer. »<sup>14</sup> Les TNC, étant qualifiés de maladies dégénératives, amèneront à un certain stade un déclin des capacités cognitives et fonctionnelles de la personne. Celle-ci deviendra incapable sur plusieurs plans, dont celui de répondre à ses besoins.

Le neuropsychologue Daniel Geneau souligne toutefois que « la sévérité des déficits cognitifs n'est pas toujours un indicateur fiable de l'inaptitude »<sup>15</sup>. L'évaluation doit être faite de manière rigoureuse et spécifique. En effet, la personne pourrait être inapte à gérer ses finances, mais en mesure de consentir à ses soins ou même l'inverse.

« L'évaluation de l'aptitude demeure une démarche clinique complexe. L'intervenant qui en a la responsabilité doit éviter de tomber dans l'un ou l'autre piège qui le guette, soit d'un côté un excès de protection s'associant à un paternalisme dans lequel, au nom de la sécurité, les droits à l'autonomie du majeur seront déniés, soit au contraire un laisser-aller qui, au nom de l'autonomie, exposera le majeur à des situations de risques qu'il ne pourra assumer compte tenu de son état. Entre ces deux extrêmes, la voie à suivre est parfois bien étroite. »<sup>16</sup>

On se doit d'évaluer le processus décisionnel et non la décision. Il n'en demeure pas moins que l'avancement de la maladie implique une baisse considérable des capacités dans son ensemble.

---

<sup>13</sup> Société Alzheimer du Canada Toronto (Ontario) Canada 2016, Groupe d'experts sur la santé de la population, *Prévalence et coûts financiers des maladies cognitives au Canada*, p. 3, en ligne: <[https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/statistics/prevalenceandcostsofdementia\\_fr.pdf](https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/statistics/prevalenceandcostsofdementia_fr.pdf)> (consulté le 30 novembre).

<sup>14</sup> Société d'Alzheimer Canada, Les facteurs de risque, en ligne : <<http://alzheimer.ca/fr/Home/About-dementia/Alzheimer-s-disease/Risk-factors>> (consulté le 30 novembre 2019).

<sup>15</sup> Daniel Geneau, *Évaluation clinique de l'aptitude chez le majeur*, Barreau du Québec, Service de la formation continue, *La protection des personnes vulnérables* (2014), vol. 393, Cowansville, Yvon Blais, Vol. 378, p. 56.

<sup>16</sup> *Id.*, p. 63.

### 1.1.3 Autres affections pouvant nuire aux capacités décisionnelles de la personne majeure

#### 1.1.3.1 La maladie mentale

La maladie mentale peut parfois nuire aux capacités organisationnelle et décisionnelle d'une personne qui en est affligée, surtout en période de crise. Soulignons qu'un Québécois sur cinq sera touché de près ou de loin par la maladie mentale au cours de sa vie.<sup>17</sup> La maladie mentale peut provoquer des dérèglements au niveau de la pensée, des émotions ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales.<sup>18</sup> Par exemple, les personnes présentant un trouble psychotique peuvent parfois perdre le contact avec la réalité, avoir des idées délirantes, des hallucinations, un discours et un comportement désorganisés.<sup>19</sup> Certaines personnes, étant incapables de réaliser leur condition, vont parfois être amenées à consulter et à être traitées contre leur gré. C'est ce que la professeure de droit à l'UQAM, madame Emmanuelle Bernheim constate à partir de la jurisprudence qui affirme : « [...] la grande majorité des requêtes [au tribunal] concernent des soins psychiatriques. La majorité des autorisations de soins pour les personnes ayant un problème de santé mentale concerne la médication, soit 81,3 % »<sup>20</sup>. « Du total des dossiers où l'on demande de dispenser un traitement médicamenteux, dans 92,51 % des cas, on demande l'administration par injection. »<sup>21</sup> En plus des soins de santé, l'hébergement peut être demandé, seul ou accessoirement aux soins, non dans le but de protéger la personne, mais en raison de son milieu de vie qui ne lui permettrait pas de recevoir les soins médicaux appropriés »<sup>22</sup>. Les experts de l'Association des médecins psychiatres du Québec sont

---

<sup>17</sup> Gouvernement du Québec, Santé, conseils et prévention en santé mentale, <<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/>> (consulté le 1 décembre 2019).

<sup>18</sup> Association des médecins psychiatres du Québec, *Qu'est-ce que la maladie mentale?*, <<https://ampq.org/info-maladie/quest-ce-quune-maladie-mentale/>> (consulté le 28 novembre 2019).

<sup>19</sup> American psychiatric association, préc., note 10, p. 41.

<sup>20</sup> Marcello Otero, Marcello, Geneviève Kristoffersen-Dugré, , Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatrique à Montréal : entre thérapeutique, contrôle et gestion de la vulnérabilité sociale, UQAM et Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, février 2012, p. 65, en ligne : <[http://www.actionautonomie.qc.ca/pdf/rapport\\_final.pdf](http://www.actionautonomie.qc.ca/pdf/rapport_final.pdf)> (consulté le 1 décembre 2019).

<sup>21</sup> *Id.*, p. 67.

<sup>22</sup> Emmanuelle Bernheim, *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire: une étude du pluralisme normatif appliqué*, Thèse de doctorat, mars 2011, p. 136, en ligne :

d'avis que « La non-observance thérapeutique constitue un enjeu majeur du traitement des personnes souffrant de troubles psychotiques. L'une des stratégies favorisant l'observance du traitement chez les patients psychotiques consiste en l'utilisation des antipsychotiques d'action prolongée [injectables]. »<sup>23</sup>

Néanmoins, tout citoyen aux prises avec des problèmes de santé mentale n'est pas pour autant inapte à gérer son patrimoine, à prendre des décisions pour lui-même, à travailler et à avoir une vie de famille.

### **1.1.3.2 La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme**

Par définition, la personne présentant une déficience intellectuelle a des limitations significatives du fonctionnement intellectuel (raisonnement, planification, résolution de problème, pensée abstraite, compréhension d'idées complexes, apprentissages à partir d'expériences, mémorisation, attention). Elle a également des limitations significatives du comportement adaptatif et un retard global de développement. Les incapacités apparaissent avant l'âge de 18 ans.<sup>24</sup> Ces limitations peuvent la rendre inapte à consentir à un soin requis à sa santé, tout en étant apte à décider pour un autre. « À titre d'exemple, une personne présentant une déficience intellectuelle moyenne pourrait être apte à consentir à un transfert de résidence, mais être inapte à consentir à une opération pour un ulcère de l'estomac. »<sup>25</sup> Le ministère de la Santé et des Services sociaux estime que 3 % de la population présente une déficience intellectuelle, soit environ 200 000 personnes au Québec. 85 % de celles-ci ont un déficit léger du fonctionnement intellectuel, 10 % ont un déficit moyen du fonctionnement intellectuel et 5 % ont un déficit sévère ou profond du

---

<[https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/5198/emmanuelle\\_bernheim\\_2011\\_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/5198/emmanuelle_bernheim_2011_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y)> (consulté le 1 décembre 2019).

<sup>23</sup> The Canadian Journal of Psychiatry, *Les antipsychotiques injectables à action prolongée : avis d'experts de l'Association des médecins psychiatres du Québec*, Vol 56, No 6, June 2011, p. 368, en ligne : <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371105600608>> (consulté le 7 octobre 2019).

<sup>24</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience, Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*, 2017, p. 4 et Juhel, Jean-Charles, *La déficience intellectuelle, Connaître, comprendre et intervenir*, Presses de l'U. de L., 2000, p. 59 et 60.

<sup>25</sup> Jocelyn Lecomte et Chantal Caux, *Enjeux et perspectives en vue d'une intégration des aspects cliniques, organisationnels et légaux dans l'intervention auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement*, Barreau du Québec, Service de la formation continue, *La protection des personnes vulnérables*, Cowansville, Yvon Blais, *La protection des personnes vulnérables* (2009), Vol. 301, p. 159.

fonctionnement intellectuel.<sup>26</sup> Évidemment, on peut s'attendre à ce que la sévérité de ces déficits nuise à la compréhension, à la capacité décisionnelle et à l'administration des biens de la personne déficiente.

Rappelons que longtemps, les droits des personnes déficientes intellectuellement ont été bafoués et que ces dernières ne bénéficiaient pas des mêmes droits que les autres citoyens. Pendant bon nombre d'années et dans différents pays, au nom de la sélection et de l'amélioration de la race, la stérilisation et les avortements étaient effectués sur les femmes handicapées sans leur consentement préalable et cela représentait une violation grave de leurs droits. « Les politiques eugéniques, mises en place dans 25 pays démocratiques, ont surtout consisté en des lois rendant la stérilisation obligatoire des faibles d'esprit et des criminels, et des lois permettant un contrôle des mariages par un certificat prénuptial. »<sup>27</sup>

Lois, politiques et mesures favoriseront la réintégration sociale et l'inclusion des personnes handicapées intellectuellement.<sup>28</sup> Comme en témoigne le Protecteur du citoyen dans son rapport annuel des activités 2017-2018, une vigilance est toujours d'actualité afin que le respect des droits aux soins et aux services adéquats demeure.<sup>29</sup> Comme pour toute personne, en cas de refus catégorique à un soin, le recours au tribunal est prescrit. Certains soins, tels que la dentisterie et les soins personnels, nécessiteront parfois l'administration d'une contention chimique, allant jusqu'à la sédation de la personne déficiente.<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Bilan des orientations ministérielles en déficience intellectuelle et actions structurantes pour le programme-services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme*, 2016. p. 15.

<sup>27</sup> Dominique Aubert-Marson, *L'eugénisme : une idéologie scientifique et politique*, Éthique et santé, Vol. 8, Issue 3, Septembre, 2011, p. 140.

<sup>28</sup> Parmi les principales : Ministère des Affaires sociales, *Les Services à l'enfance*, Mémoire de programmes, 1973 ; Ministère des Affaires sociales, *Éléments d'une politique de réadaptation des adultes*, 1974 ; *Charte des droits et libertés de la personne*, 1975 ; *L'éducation de l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage*, rapport COPEX du Ministère de l'Éducation, *L'éducation de l'enfance en difficulté*, 1976 ; *Loi de protection de la jeunesse*, 1977 ; *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, 1978, p. 360.

<sup>29</sup> Protecteur du citoyen, Assemblée nationale du Québec, *Rapport annuel des activités 2018-2019*, p. 77 et 78, en ligne : <[https://publications.virtualpaper.com/protecteur-citoyen/rapport\\_annuel\\_2019/#74/](https://publications.virtualpaper.com/protecteur-citoyen/rapport_annuel_2019/#74/)> (consulté le 1 décembre 2019).

<sup>30</sup> Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. S.T., 2016 QCCS 6385 (CanLII), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-

Les intervenants et les soignants sont de plus en plus souvent aux prises avec des situations litigieuses concernant les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme (ci-après TSA).<sup>31</sup> On observe une augmentation du nombre de personnes autistes grâce à une meilleure connaissance de leur condition et au développement de meilleurs outils de dépistage. L'estimation de la prévalence de l'autisme au Canada, incluant les enfants et les adultes, est d'une personne sur 94.<sup>32</sup> Au Québec, l'estimation de la prévalence de l'autisme est de 1,4 % de la population, soit 117 600 individus sur une population de plus de 8,4 millions.<sup>33</sup>

Néanmoins, le fait qu'une personne soit autiste ne la rend pas pour autant incapable de voir à sa personne ou à la gestion de ses affaires, ni à consentir à ses soins; plusieurs sont autonomes, s'accomplissent et travaillent. Les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme sont toutefois connues pour avoir des déficits de la communication et au niveau des interactions sociales dans des contextes variés.<sup>34</sup> On peut donc comprendre que les échanges peuvent parfois être problématiques. Sonder les volontés d'une personne autiste peut devenir un défi de taille pour sa famille et pour les intervenants soucieux de respecter son droit d'être entendue et surtout comprise.

#### **1.1.4 Curateur public : indicateur de croissance des majeurs inaptes en situation de vulnérabilité**

Bon nombre de personnes présentant des incapacités à voir à elles-mêmes ou à administrer leurs biens ne sont pas toutes diagnostiquées ou répertoriées. Toutefois, les données fournies par le registre des personnes sous régime de tutelle, de curatelle ou ayant un mandat homologué tenu par le Curateur public du Québec permettent de dresser un

---

*Nationale c. P.L.*, 2016 QCCS 5886 (CanLII), *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. S.M.*, 2016 QCCS 5884 (CanLII), *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. P.P.*, 2016 QCCS 5882 (CanLII).

<sup>31</sup> Protecteur du citoyen, *Rapport annuel des activités 2018-2019*, préc., note 29, p. 65.

<sup>32</sup> Fédération québécoise de l'autisme, *L'autisme en chiffre*, en ligne : <<http://www.autisme.qc.ca/tsa/lautisme-en-chiffres.html#qc>> (consulté le 19 août 2019).

<sup>33</sup> Institut national de santé publique du Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec*, octobre 2017, p. 1, en ligne : <<https://www.inspq.qc.ca/publications/2310>> (consulté le 19 août 2019).

<sup>34</sup> American psychiatric association, préc., note 10, p. 24.



portrait intéressant sur le besoin de protection actuel et futur des personnes majeures vulnérables.<sup>35</sup>

Dans son rapport annuel de 2018-2019, le Curateur public du Québec rapporte que 35 420 majeurs bénéficiaient de mesures de protection au 31 mars 2019.<sup>36</sup> Parmi les personnes sous régime public, 40 % présentent une déficience intellectuelle, 31 % une maladie mentale et 20 % une maladie dégénérative<sup>37</sup>. Cependant, près de 54 % des régimes de protection publics ouverts depuis moins d'un an avaient pour cause la maladie dégénérative. Au cours des dernières années, ce pourcentage ne cesse de croître.<sup>38</sup>

Le nombre de personnes incapables requérant une représentation ne cesse d'augmenter. Le Curateur public projette qu'en 2036, plus de 15 000 personnes auront besoin d'un régime public, plus de 11 000 d'un régime privé, et plus de 28 000 seront représentées par un mandataire (54 000 personnes au total).<sup>39</sup>

Le fait qu'un individu soit reconnu incapable à l'administration de ses affaires et même à gérer sa personne ne signifie pas d'emblée qu'il est incapable à consentir à ses soins ou l'inverse. Par exemple, une personne qui serait reconnue incapable à administrer ses biens et voir à elle-même personne pourrait très bien comprendre et assumer les risques liés à son refus d'un examen, d'une médication ou même d'une chirurgie pourtant requise par son état de santé. Sans avoir de données précises, force est de constater que parmi ces personnes majeures incapables à administrer leur patrimoine et à voir à leur personne, plusieurs seront également incapables de prendre des décisions concernant leurs soins. Il n'est donc pas étonnant d'observer une recrudescence des demandes de consentement à un niveau de soins et à un soin adressées au Curateur public. La direction médicale et du consentement aux soins du Curateur public a reçu 2661 demandes en 2014-2015 et 4327

---

<sup>35</sup> *Loi sur le Curateur public*, RLRQ c C-81, art. 54 et *Règlement d'application de la Loi sur le Curateur public*, C-81, r. 1, art. 7.

<sup>36</sup> Curateur public du Québec, *Rapport annuel de gestion 2018-2019*, p. 11, en ligne : <[https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/rapp\\_ann\\_2018\\_2019.pdf](https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/publications/rapp_ann_2018_2019.pdf)> (consulté le 26 novembre 2019).

<sup>37</sup> *Id.*, p. 1.

<sup>38</sup> *Id.*, p. 20.

<sup>39</sup> *Id.*, p. 21.

en 2018-2019, soit une augmentation de 62,6 % en cinq ans pour les personnes représentées ou non représentées par leur instance.<sup>40</sup> Cette augmentation est également constatée pour les recours aux tribunaux par les établissements.

## **1.2 Impacts sur certains recours judiciaires**

Comme nous le verrons, les modifications législatives des dernières années visant à protéger les droits des personnes vulnérables jumelées à l'augmentation en nombre de celles-ci ont un effet sur deux principaux recours devant les tribunaux, soit les demandes de garde et les demandes d'autorisation judiciaire de soins.

### **1.2.1 Demandes de gardes**

La *Loi de protection du malade mental*<sup>41</sup> instituée en 1972 par laquelle la personne était placée en « cure fermée »<sup>42</sup> faisait l'objet de plusieurs critiques d'imprécision sur la dangerosité et sur l'identification de la personne détenant le pouvoir de décision.<sup>43</sup> Elle a été remplacée en 1998 par la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (ci-après L.p.p.)<sup>44</sup> dont nous traiterons plus en détail dans la prochaine partie et pour laquelle des travaux ministériels ont récemment eu lieu afin d'en améliorer l'application.<sup>45</sup>

« Au Québec, les droits et libertés de la personne sont garantis par les chartes québécoise et canadienne. Cependant, lorsque cela s'avère nécessaire pour assurer la protection de la personne ou celle d'autrui, la loi permet de priver temporairement une personne de sa liberté en la gardant, contre son gré, dans une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux. Puisque la garde ainsi imposée porte atteinte aux droits à l'intégrité et à la liberté de la personne en l'absence de son consentement, son application doit être exceptionnelle et les dispositions prévues dans le cadre législatif pour ce

---

<sup>40</sup> Curateur public du Québec, *Répartition des demandes des consentements selon le type de demande et l'année et si la personne est représentée ou non*, Source : Compilation spéciale, N/D : 2019-10-3006, octobre 2019.

<sup>41</sup> *Loi sur la protection du malade mental*, LRQ, c P-41.

<sup>42</sup> *Id.*, art. 7.

<sup>43</sup> Emmanuelle Bernheim, *Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la remise en question*, Barreau du Québec, Service de la formation continue, *La protection des personnes vulnérables* (2015), vol. 393, Cowansville, Yvon Blais, 2015, p. 198 et 199.

<sup>44</sup> *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ c P-38.001. (L.p.p.)

<sup>45</sup> Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui - Garde en établissement de santé et de services sociaux*, 2018.

faire rigoureusement suivies. L'objectif ainsi poursuivi est d'atteindre un juste équilibre entre la protection des personnes et la préservation de leurs droits. »<sup>46</sup>

Toute personne considérée dangereuse pour elle-même ou pour autrui pourrait être amenée à la salle d'urgence et être gardée contre son gré.<sup>47</sup> Dans un premier temps, la personne serait gardée de façon préventive par tout médecin<sup>48</sup>, puis, si nécessaire, son séjour serait prolongé afin qu'elle subisse une évaluation psychiatrique<sup>49</sup>. La personne présentant un problème de santé mentale garde son droit d'accepter ou de refuser cette évaluation psychiatrique.<sup>50</sup> Si elle refusait cette évaluation et que le médecin en maintenait la nécessité, une demande de garde provisoire pourrait être adressée à la Cour du Québec qui a la compétence exclusive pour autoriser cette évaluation.<sup>51</sup> Si les deux examens psychiatriques concluaient à la nécessité de garde, l'établissement aurait à se présenter à nouveau au tribunal pour demander la garde autorisée ou régulière en établissement.<sup>52</sup> Cette mise sous garde ne permet pas pour autant de traiter la personne. À moins que celle-ci n'accepte le traitement, l'établissement devrait s'adresser à nouveau au tribunal, cette fois à la Cour supérieure,<sup>53</sup> afin d'avoir l'autorisation de la traiter contre sa volonté.<sup>54</sup> En 2015, la Cour d'appel réitérait toute l'importance devant être accordée à cette démarche. « Contraindre une personne à demeurer là où elle ne veut pas [être] et à ingurgiter ou [à] se voir administrer, contre son gré, des médicaments, c'est porter atteinte à ses droits fondamentaux, à sa liberté et à l'intégrité de sa personne. »<sup>55</sup> Garder une personne contre son gré en milieu de soins ne devrait jamais être banalisé.

Pourtant, « Selon les données des rapports annuels de gestion des établissements publics de santé et de services sociaux (ESSS) du Québec, en 2016-2017, près de 16 000 personnes ont été gardées contre leur gré à la suite d'un avis médical concluant à un danger pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental. De ce nombre, près de 14 600 ont été mises sous garde préventive, un

---

<sup>46</sup> *Id.*, p. 3.

<sup>47</sup> L.p.p., art. 8.

<sup>48</sup> *Code civil du Québec*, RLRQ c C-1991, art. 27, al. 2 et L.p.p., RLRQ c P-38.001, art. 7 et 8.

<sup>49</sup> L.p.p., art. 7, al. 3.

<sup>50</sup> C.c.Q., art. 11, al. 1.

<sup>51</sup> C.c.Q., art. 27, al. 1 et 28 et *Code de procédure civile*, RLRQ c C-25.1, art. 38.

<sup>52</sup> C.c.Q., art. 30 et L.p.p., art. 9.

<sup>53</sup> *Code de procédure civile*, RLRQ c C-25.1, art. 33.

<sup>54</sup> C.c.Q., art. 16.

<sup>55</sup> *F. D. c. Centre universitaire de santé McGill*, 2015. QCCA 1139, par. 1.

peu plus de 800 sous garde provisoire, et un peu plus de 4000 sous garde autorisée ».<sup>56</sup>

En 2018, 6366 demandes de garde en établissement ont été présentées au Québec.<sup>57</sup> Il s'agit d'une augmentation notable.

Non seulement le nombre de mises sous garde est important, mais plusieurs manquements au respect des droits et des procédures sont relevés, entre autres par le Protecteur du citoyen.<sup>58</sup> Un rapport spécial publié en 2011 mentionne un manque de cohérence dans l'application de la L.p.p. pourtant en vigueur depuis plus de 12 ans. Ce rapport fait état de divergences dans l'interprétation de la notion de dangerosité et de manquements dans la transmission de l'information à la personne, notamment concernant ses droits, et la tenue de dossier des différents intervenants qui ne permet pas de démontrer que les droits des usagers ont été respectés.<sup>59</sup> De plus, le rapport illustre des lacunes dans l'application des trois types de garde, l'absence de consentement de l'utilisateur à l'évaluation psychiatrique en vue d'une garde en établissement et le non-respect des délais prescrits par la loi. L'affaire *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal* (2018)<sup>60</sup> en est un bel exemple. La Cour d'appel a constaté que la personne a subi une évaluation psychiatrique sans son consentement.<sup>61</sup> Elle n'a pas été instruite de ses droits.<sup>62</sup> Les délais prescrits de la garde préventive n'ont pas été respectés.<sup>63</sup> De plus, le juge de première instance a abrégé les délais de présentation.<sup>64</sup> Cette situation n'est pas anodine et isolée, selon la professeure

---

<sup>56</sup> Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental*, 2018, p. i.

<sup>57</sup> Ministère de la Justice, Système M012-Gestion des causes civiles, en date du 18 février 2019.

<sup>58</sup> Protecteur du citoyen, *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, février 2011.

<sup>59</sup> Protecteur du citoyen, *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, février 2011, Sommaire du rapport, p. 2 et 3.

<sup>60</sup> *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378.

<sup>61</sup> *Id.*, par. 98.

<sup>62</sup> *Id.*, par. 100.

<sup>63</sup> *Id.*, par. 120.

<sup>64</sup> *Id.*, par. 124.

Bernheim.<sup>65</sup> L'article 7 de la L.p.p. n'autorise pas la tenue d'une évaluation psychiatrique de la personne retenue contre son gré, du moins pas sans le consentement de cette dernière, conformément à la règle générale des articles 10 et 11 *Code civil du Québec* (ci-après *C.c.Q.*).<sup>66</sup>

En 2017, la *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*<sup>67</sup> insère l'article 118.2 à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (ci-après *LSSSS*)<sup>68</sup> qui oblige maintenant tous les établissements à adopter un protocole encadrant la mise sous garde de personnes dans une installation. En 2018, en réponse aux travaux du Protecteur du citoyen et afin de remédier à des lacunes encore présentes, le ministère de la Santé et des Services sociaux publie un cadre de référence ministériel de même qu'un modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental.<sup>69</sup> Ces documents proposent des rappels et des correctifs, entre autres, sur la façon de définir le danger associé à l'état mental, la consignation de notes au dossier de l'utilisateur mis sous garde, le respect du droit à l'information, le respect de la confidentialité et surtout l'application des règles de droit qui régissent chacune des trois mesures de garde.

### **1.2.2 Demandes d'autorisation judiciaire de soins**

Les tribunaux sont régulièrement appelés à juger de la nécessité d'imposer un soin aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, d'atteintes cognitives ou de limites intellectuelles qui nuisent à leur compréhension et les rendent inaptes à consentir à ce soin. « Le Code civil est silencieux sur les critères mêmes de détermination de l'incapacité

---

<sup>65</sup> Emmanuelle Bernheim, *Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la remise en question*, Barreau du Québec, Service de la formation continue, *La protection des personnes vulnérables* (2015), vol. 393, Cowansville, Yvon Blais, 2015, 195, p. 205.

<sup>66</sup> C.c.Q., art. 10, « Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé; art.11, Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. [...] »

<sup>67</sup> *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*, LQ 2017, c 21, art. 20.

<sup>68</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2. (LSSSS)

<sup>69</sup> MSSS, préc., note 45 et MSSS, préc., note 56.

à l'égard du consentement ou du refus de soins. »<sup>70</sup> Les notions retenues pour évaluer l'aptitude de la personne ont été développées par la jurisprudence. Ainsi, en 1991, l'honorable juge Hélène Lebel, dans l'affaire *Institut Philippe Pinel c. Blais*<sup>71</sup>, a appliqué les critères établis par le *Hospitals Act* de la Nouvelle-Écosse<sup>72</sup>. Cette loi comporte des dispositions encadrant notamment l'évaluation de la capacité d'un patient à consentir à une chirurgie. Lors de l'examen psychiatrique, les questions suivantes doivent être posées afin de vérifier la compréhension de la personne : « [...] *the person understands and appreciates:*

- a) *the condition for which treatment is proposed;*
- b) *the nature and purpose of the treatment;*
- c) *the risks involved in undergoing the treatment;*
- d) *the risks involved in not undergoing the treatment; and*
- e) *whether or not his ability to consent is affected by his condition ».*<sup>73</sup>

En 1994, la Cour d'appel a repris les tests élaborés à la fois par l'Association des psychiatres du Canada et la législation de la Nouvelle-Écosse dans l'affaire *Institut Philippe Pinel de Montréal c. G*<sup>74</sup>, dans laquelle monsieur G. niait son problème de santé mentale et refusait de prendre une médication antipsychotique. Les cinq paramètres non cumulatifs retenus par la Cour d'appel sont les suivants<sup>75</sup> :

1. La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé?
2. La personne comprend-elle la nature et le but du traitement?
3. La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit?
4. La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement?
5. La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?

---

<sup>70</sup> Robert P. Kouri et Suzanne Philips-Nootens, *Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé: un concept pour le moins ambigu*, Revue du Barreau, Tome 63, Printemps 2003, p. 10.

<sup>71</sup> *Institut Philippe Pinel de Montréal c. Blais*, 1991, R.J.Q. 1969.

<sup>72</sup> *Hospitals Act*, (1989) R.S.N.S., c. 208, art. 52 (2A).

<sup>73</sup> *Id.*, par. 52 (2).

<sup>74</sup> *Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, 1994 CanLII 6105 (QC CA).

<sup>75</sup> *Id.*, p. 28 à 33.

En 2015, la Cour d'appel rend un arrêt majeur dans l'affaire *F. D. c. Centre universitaire de santé McGill*<sup>76</sup> en élaborant une grille d'analyse. Elle rappellera l'importance que « [...] pour toute demande d'autorisation présentée aux termes de l'article 16 du C.c.Q.<sup>77</sup> à l'égard du majeur inapte, une analyse soignée et rigoureuse s'impose toujours [...] ».<sup>78</sup> Cette grille d'analyse – deux étapes et cinq questions – sera dorénavant reprise majoritairement par les tribunaux en matière de consentement aux soins.<sup>79</sup> Monsieur F. D., atteint d'un syndrome de Korsakoff, est hospitalisé à la suite de convulsions. L'établissement demande au tribunal l'autorisation de le traiter par une médication et de l'héberger. La Cour de première instance conclut en faveur de l'établissement. La Cour d'appel a souligné qu'il y avait eu erreur de droit, car en matière de soins, le tribunal n'a compétence que lorsque la personne est reconnue inapte et manifeste un refus catégorique. Ici, en l'occurrence, monsieur acceptait la médication.

**Tableau 1. *F. D. c. Centre universitaire de santé McGill*, 2015 QCCA 1139**

<b><i>F. D. c. Centre universitaire de santé McGill</i></b>	
<b>Première étape : La compétence (art. 16 C.c.Q.)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Première question : inaptitude (Critères de N. É)</li> <li>• Deuxième question : refus catégorique</li> </ul>	
<b>Deuxième étape : Exercices de la compétence (art. 12 (C.c.Q.))</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troisième question : les soins sont-ils requis? Décrits avec suffisamment de précisions?</li> <li>• Quatrième question : les effets bénéfiques à tirer de ces soins dépassent-ils les effets néfastes?</li> <li>• Cinquième question : la durée de l'ordonnance</li> </ul>	

Cependant, devant le refus catégorique de la personne majeure inapte ou dont l'inaptitude est présumée ou encore lors d'un refus injustifié du représentant qui pourrait consentir, les

<sup>76</sup> *F. D. c. Centre universitaire de santé McGill*, 2015. QCCA 1139

<sup>77</sup> C.c.Q., art. 16, « L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence. »

<sup>78</sup> *F. D. c. Centre universitaire de santé McGill*, préc., note 76, par. 54.

<sup>79</sup> Leblanc c. C. F., 2018 QCCS 2213 (Canll), par. 48; *Centre hospitalier de l'Université de Montréal c. K.D.* 2019 QCCS 7, par. 41 à 92; *Centre hospitalier de l'Université de Montréal c. C.B.* 2018 QCCS 2557, par. 21 et 24.

établissements de soins n'ont parfois d'autre choix que de s'adresser au tribunal, seule instance pouvant imposer un soin requis au majeur inapte.<sup>80</sup>

Comme en témoigne le tableau suivant, on constate une hausse importante –soit sept fois plus– entre 2008 et 2018 des demandes présentées devant la Cour supérieure ou la Cour du Québec au cours des dix dernières années.

**Tableau 2. Demandes en autorisation de soin présentées devant la Cour supérieure ou la Cour du Québec**

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
383	1 065	1 277	1 475	1 648	1 894	2 198	2 212	2 573	2697	2771

Source : Direction générale des services de justice, Système M012 – Gestion des causes civiles, en date du 18 février 2019.

Certains auteurs avancent que les établissements utilisent les tribunaux pour imposer les soins de manière abusive. « [...] l'utilisation des requêtes en autorisation judiciaire de soins, loin d'être une exception, devient une autre pratique brimant les droits fondamentaux des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. L'ordonnance judiciaire de soins devient un moyen de contrôle pour traiter les personnes et les hospitaliser. »<sup>81</sup> Plusieurs personnes présentant un problème de santé mentale ne sont pas représentées ou même présentes à l'audience.

En 2012, Otero et Kristoffersen-Dugré ont rédigé un rapport à partir de 230 dossiers étudiés concernant exclusivement les demandes d'autorisation de soins portant sur la santé mentale. « Dans 65,22 % des cas, la partie intimée était représentée par un avocat à l'audience et dans 21,30 % des cas, l'avocat était seul, le défendeur étant absent. Dans environ 50 % des dossiers, le défendeur était présent à l'audience et dans presque 7 % des cas, il se représentait sans la présence d'un avocat. »<sup>82</sup> Aussi, la procédure est expéditive,

---

<sup>80</sup> C.c.Q., art. 16.

<sup>81</sup> Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) *Requête en autorisation judiciaire de soins. Le trou noir de la psychiatrie*, mai 2014, p. 8, en ligne : <<http://www.agidd.org/?publications=lautorisation-judiciaire-de-soins-le-trou-noir-de-la-psychiatrie>> (consulté le 1 décembre 2019).

<sup>82</sup> M. Otero et G. Kristoffersen-Dugré, préc., note 20, p. 10.



durant souvent moins de 45 minutes et dans 70 % des cas, moins d'une heure.<sup>83</sup> Les demandes sont très souvent accordées, soit près de 77 % des dossiers soumis.<sup>84</sup> Une étude entreprise par Pro-Bono UQAM en 2104 à la demande de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec avance, quant à elle, que 148 requêtes sur 150 entre 2015 et 2010 à la Cour supérieure de différentes régions du Québec avaient été autorisées, soit 98,7 %.<sup>85</sup> « Les contre-expertises sont extrêmement rares (moins de 3 % des dossiers). »<sup>86</sup> Otero et Kristoffersen-Dugré soulignent le déséquilibre entre les parties « [...] puisqu'elles (les personnes vulnérables) se trouvent placées dans une position de faiblesse à tous les niveaux du début à la fin du processus ».<sup>87</sup>

En 2007, dans l'affaire *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*<sup>88</sup>, la Cour d'appel rappelle que la privation de liberté, même pour le bien d'une personne, doit être considérée comme un « préjudice grave ».<sup>89</sup>

D'un autre côté, il pourrait être tentant, au nom du respect de la liberté de la personne, de donner un congé médical et hospitalier ou de ne pas intervenir auprès d'une personne inapte à domicile. Cependant, rappelons que la personne inapte devient souvent en raison de son inaptitude vulnérable et en besoin de protection. Il ne faudrait surtout pas oublier que cette personne inapte a également le droit d'être soignée et protégée, et de vivre dans la dignité tel que prescrit par la Charte québécoise.<sup>90</sup> Les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux sont souvent confrontés au dilemme de respecter le droit à l'autodétermination de la personne, mais aussi de répondre à son droit à la sûreté. On ne peut donc parler de droits des majeurs inaptes sans faire une revue de ces droits encadrés

---

<sup>83</sup> M. Otero et G. Kristoffersen-Dugré, préc., note 20, p. 10.

<sup>84</sup> *Id.*, p. 17.

<sup>85</sup> Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) « Requête en autorisation judiciaire de soins. Le trou noir de la psychiatrie », mai 2014, p. 16, en ligne : <<http://www.agidd.org/?publications=lautorisation-judiciaire-de-soins-le-trou-noir-de-la-psychiatrie>> (consulté le 21 mai 2018).

<sup>86</sup> M. Otero et G. Kristoffersen-Dugré, préc., note 20, p. 19.

<sup>87</sup> *Id.*, p. 69.

<sup>88</sup> *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, 2007 QCCA 358

<sup>89</sup> *Id.*, par. 31.

<sup>90</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ c C-12, art. 1 et 4.

par la législation, la jurisprudence et la doctrine. La prochaine partie aura pour objectif d'illustrer ces assises.

## **2 Le droit des personnes majeures : vulnérables ou pas – Rappel à l'ordre**

L'histoire nous apprend que les droits fondamentaux d'égalité et de liberté n'ont pas toujours été les mêmes pour tous les êtres humains. On n'a qu'à penser à l'institution de l'esclavage où le maître pouvait disposer de son esclave à sa guise. Il pouvait le vendre comme une marchandise et détenait même le pouvoir de vie et de mort sur son esclave. « [...] les anciennes civilisations ne manifestaient pas une très haute estime pour la vie humaine en tant que valeur absolue. »<sup>91</sup> C'est l'influence du christianisme et des philosophes qui promulgue le concept de dignité de la personne humaine et développe la doctrine du droit naturel. « Le corps, en tant que support matériel de l'âme, devait être maintenu intact. »<sup>92</sup> En 1789, en France, dans le mouvement de la Révolution française d'abolir les inégalités créées par la monarchie absolue, l'Assemblée nationale édicte la *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen*<sup>93</sup>. Elle viendra répondre à la volonté du peuple d'être respecté indépendamment du rang social. « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune. »<sup>94</sup> La déclaration établit en outre les droits fondamentaux de l'être humain : le droit à la liberté, à la sécurité, à l'égalité de tous devant la loi et, enfin le principe de la souveraineté populaire, par lequel la Nation, et non plus une royauté de droit divin, est proclamée dépositaire du pouvoir. Suivra en 1948 la *Déclaration universelle des droits de l'homme*<sup>95</sup> adoptée par 58 états, dont le Canada, qui réitère que « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité ». <sup>96</sup>

---

<sup>91</sup> Robert P. Kouri et Suzanne Philips-Nootens, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, Éd. Yvon Blais, 4<sup>ième</sup> édition, 2017, p. 7.

<sup>92</sup> *Id.*, p. 8.

<sup>93</sup> *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, Constitution française, 1789.*

<sup>94</sup> *Id.*, art. 1.

<sup>95</sup> *Déclaration universelle des droits de l'homme*, Assemblée générale des Nations unies, Paris, 1948.

<sup>96</sup> *Id.*, art. 1.

Comme cité ci-dessus, il aura fallu une volonté collective et des pressions politiques, traduites par l'élaboration de chartes et un ensemble de lois pour assurer la protection des personnes vulnérables.

## **2.1 Les droits fondamentaux : lois, jurisprudence et doctrine**

Afin de connaître les mesures mises en place pour assurer les garanties juridiques au Canada et au Québec, il est opportun d'en faire une revue et de poser un regard critique à savoir si ces garanties suffisent et sont toujours rigoureusement appliquées de nos jours.

### **2.1.1 Les chartes et les droits fondamentaux**

Tant la Charte canadienne<sup>97</sup> que la Charte québécoise<sup>98</sup> encadrent les droits fondamentaux de la personne. Elles rappellent les garanties juridiques inférées, entre autres, de la liberté de pensée, de l'inviolabilité, de la dignité et de la sécurité de la personne. Elles confèrent également des droits contre toutes formes de discrimination et même d'exploitation.

#### Charte canadienne des droits et libertés :

7. Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

15. (1) La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

#### Charte des droits et libertés :

1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.

Il possède également la personnalité juridique.

3. Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.

---

<sup>97</sup> *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U), Charte canadienne des droits et libertés, 1982, c 11.

<sup>98</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 90.

4. Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.

10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'identité ou l'expression de genre, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit.

Le milieu juridique québécois, soucieux d'offrir une protection particulière aux aînés en nombre croissant au sein de la population, a introduit des dispositions législatives à la Charte. La Ligue des droits de l'homme et l'Association du Québec pour les déficients mentaux ont présenté en 1975 des mémoires à la Commission permanente de la justice qui ont su démontrer que les personnes âgées et les personnes handicapées avaient droit à des mesures de considération particulière de la part des pouvoirs publics et de la collectivité afin d'être protégées. Ces travaux ont influencé le législateur et donné naissance à l'article 48 de la Charte.<sup>99</sup>

48. Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation.

Telle personne a aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu.

L'article 48 de la Charte ajoute ainsi aux dispositions du *Code civil du Québec* une dimension supplémentaire de protection.<sup>100</sup> La jurisprudence accorde une « interprétation large qui permet d'introduire une idée de moralité dans les relations avec une personne âgée et, ainsi, de tempérer les injustices qui pourraient en découler »<sup>101</sup>. La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a pour mission de veiller au respect

---

<sup>99</sup> Morin, Christine, *La progression de la Charte québécoise comme instrument de protection des personnes âgées*, *Le Tribunal des droits de la personne: 25 ans d'expérience en matière d'égalité*, Barreau du Québec - Service de la Formation continue, Vol. 405, 2015, p. 94.

<sup>100</sup> *Vallée c. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*, 2005 QCCA 316, par. 30, (C.c.Q., art. 256 et suivants, 761, art. 1405 et suivants et art. 1836).

<sup>101</sup> *Id.*, par. 36 et 37.

des principes énoncés dans la Charte.<sup>102</sup> « Une atteinte illicite à un droit ou à une liberté reconnue par la présente Charte confère à la victime le droit d’obtenir la cessation de cette atteinte et la réparation du préjudice moral ou matériel qui en résulte. »<sup>103</sup> La Commission est habilitée à mener une enquête sur des situations de discrimination et d’exploitation, et même à porter le différend à l’attention d’un tribunal, dont le Tribunal des droits de la personne.<sup>104</sup> La plainte peut être portée à l’attention de la Commission par la personne lésée elle-même ou pour son compte, pourvu que celle-ci donne son consentement par écrit.<sup>105</sup> Ce recours est méconnu des intervenants et il pourrait devenir une instance favorisant la défense et la protection de droits des personnes en situation de vulnérabilité. À la suite d’une consultation tenue en 2001, la Commission constatait déjà la mécompréhension de l’étendue des actions qu’elle pouvait prendre en vertu de la Charte. « Le système de recours apparaît complexe et mal connu des personnes âgées, de leur entourage et même des intervenants. »<sup>106</sup> Malheureusement, encore aujourd’hui « [...] des questionnements semblent subsister relativement au rôle et à l’étendue des actions que peut prendre la Commission, et ce, tant en vertu du mandat que lui confère l’article 48 de la Charte, qu’en vertu de la Loi, de l’Entente-cadre qui en découle, ou encore du PAM [Plan d’action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées] ». <sup>107</sup>

En 2012, la Cour d’appel, dans l’affaire *Turcotte c. Turcotte*<sup>108</sup>, rejette le pourvoi opposant les membres d’une fratrie à l’égard de sommes d’argent données par le père. Décédé en 2016, il léguait tous ses biens à ses quatre enfants et à sa belle-fille, en cinq parts égales. L’honorable juge Rochon a apporté des nuances intéressantes en arguant que « L’article 48 de la Charte a été conçu dans une perspective de protection de la personne âgée,

---

<sup>102</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 90, art. 57 et 71.

<sup>103</sup> *Id.*, art. 49.

<sup>104</sup> *Id.*, art. 71, al. 1 et art. 80.

<sup>105</sup> *Id.*, art. 74.

<sup>106</sup> Commission des droits de la personne et des droits la jeunesse, *L’exploitation des personnes âgées. Vers un filet de protection resserré. Rapport de consultation et recommandations*, 2001, p. 2, en ligne : <[http://www.cdpcj.qc.ca/Publications/exploitation\\_age\\_rapport.pdf](http://www.cdpcj.qc.ca/Publications/exploitation_age_rapport.pdf)> (consulté le 12 mai 2019)

<sup>107</sup> Commission des droits de la personne et des droits la jeunesse, *L’exploitation des personnes âgées et handicapées au sens de la charte québécoise et la maltraitance selon la loi visant à lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, 2019, p. 4, en ligne : <[http://www.cdpcj.qc.ca/Publications/avis\\_exploitation-maltraitance.pdf](http://www.cdpcj.qc.ca/Publications/avis_exploitation-maltraitance.pdf)> (consulté le 12 mai 2019)

<sup>108</sup> *Turcotte c. Turcotte*, 2012 QCCA 645.

mais non dans celle d'une perte de droits »<sup>109</sup>. Il ne faut pas confondre exploitation et volonté légitime de la personne âgée de donner ou d'exprimer un choix en testant. Il ne s'agit pas ici de protéger outre mesure sous le prétexte de l'âge. Cela aurait pour effet de discriminer selon l'âge.<sup>110</sup> Selon le professeur Grimaldi : « Il ne faut pas les [personnes âgées] priver de ce qui les occupe et qui leur permet de croire qu'elles se survivront à elles-mêmes : il serait inhumain d'imposer, à partir d'un certain âge, comme un permis de donner ou de tester ». <sup>111</sup>

### 2.1.2 Le Code civil du Québec

Le nouveau Code civil est adopté en 1991 et entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1994.<sup>112</sup> Il « [...] est une authentique recodification et non une simple remise à jour ». <sup>113</sup> Il est considéré comme : « [...] la trame sur laquelle se construit le tissu social ». <sup>114</sup>

Soulignons que « *Le Code civil du Québec* régit, en harmonie avec la *Charte des droits et libertés de la personne* (chapitre C-12) et les principes généraux du droit, les personnes, les rapports entre les personnes, ainsi que les biens ». <sup>115</sup>

Les droits à la personnalité et à l'intégrité, et les règles encadrant les soins sont inscrits dès le Titre deuxième pour démontrer toute la considération accordée par la société québécoise à l'autodétermination de la personne. Cet encadrement juridique doit guider la pratique des professionnels et des juristes en ce qui a trait au consentement aux soins.

---

<sup>109</sup> *Turcotte c. Turcotte*, préc., note 108, par. 47.

<sup>110</sup> *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U), *Charte canadienne des droits et libertés*, 1982, c 11, art. 15 et *Charte des droits et libertés de la personne*, R.L.R.Q., c C-12, art. 10.

<sup>111</sup> Michel Grimaldi, *L'intention libérale*, Les Conférences Roger Comtois, Montréal, Thémis, 2004, p. 19.

<sup>112</sup> Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec. *Le Code civil du Québec : du Bas-Canada à aujourd'hui*. Québec : Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec, en ligne : <<http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/guides/fr/25-le-code-civil-du-quebec-du-bas-canada-a-aujourd-hui>> (consulté le 12 novembre 2018)

<sup>113</sup> Jean-Louis Baudouin et Yvon Renaud, *Code civil du Québec annoté*, (2018), Introduction, par. 10, en ligne : <<https://edoctrine.caij.qc.ca/wilson-et-lafleur-ccq-annote/ccqa-2018/ccqa-2018-introduction/>> (consulté le 13 novembre 2018).

<sup>114</sup> Québec, Assemblée nationale, Sous commission des institutions, « *Projet de loi n 125 – Code civil du Québec (1)* », dans (27 août 1991) 34(3) *Journal des débats de la sous-commission des institutions* 45 (monsieur Gil Rénilard), p. 45.

<sup>115</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 90, Dispositions préliminaires.

### 2.1.2.1 L'inviolabilité et l'intégrité de la personne

L'article 10 édicte que toute personne est inviolable, nonobstant son âge, un handicap ou une maladie. « En ce sens, le droit à l'inviolabilité, posé comme un interdit vis-à-vis des tiers, protège l'autonomie décisionnelle de la personne et apparaît comme un moyen de sauvegarder sa dignité. »<sup>116</sup> On ne peut porter atteinte à la personne sans son consentement.

10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

L'article 1386 du Code civil précise en outre que « L'échange de consentement se réalise par la manifestation, expresse ou tacite, de la volonté d'une personne d'accepter l'offre de contracter que lui fait une autre personne ».<sup>117</sup> Ce consentement doit être obtenu sans coercition, tromperie ou manipulation quelconques, sinon il pourrait avoir vices de consentement, entre autres s'il est obtenu par la crainte (sous pression) ou par une erreur provoquée (cacher de l'information).<sup>118</sup> Les auteurs Kouri et Philips-Nootens rappellent que « La liberté du consentement réfère à une décision prise en dehors de toute influence ou contrainte indue : seule s'exprime la volonté de la personne, souveraine dans l'appréciation de son meilleur intérêt ».<sup>119</sup> La personne qui accepte ou refuse un soin doit avoir reçu suffisamment d'informations pour être éclairée sur sa condition et sur les options qui s'offrent à elle. Deleury et Goubau nous enseignent que « [...] la doctrine et la jurisprudence s'accordent pour dire que le patient doit être informé sur les éléments suivants : la nature de sa maladie (diagnostic); la nature et l'objectif de l'intervention ou du traitement envisagé; les chances de réussite ou d'échec; les risques courus; les effets escomptés; les choix thérapeutiques possibles (alternatives); les conséquences d'un défaut d'intervention ou de traitement ».<sup>120</sup> « Plus un risque peut entraîner des conséquences

---

<sup>116</sup> Édith Deleury et Dominique Goubau, *Le droit à l'inviolabilité et à l'intégrité de la personne*, Le droit des personnes physiques, 5e édition préparée par D. Goubau, 2014 2014 EYB2014DPP21, par. 100.

<sup>117</sup> C.c.Q., art. 1386.

<sup>118</sup> C.c.Q., art. 1401, 1402 et 1404.

<sup>119</sup> R. P. Kouri et S. Philips-Nootens, préc., note 91, p. 239.

<sup>120</sup> E. Deleury et D. Goubau, préc. note 116, par. 113; *Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192, EYB 1980-148829 et *Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880, EYB 1980-148523.

graves même s'il ne survient que rarement, plus le risque doit être considéré comme important. Inversement, une fréquence élevée d'un risque somme toute mineur doit également être considérée comme importante. »<sup>121</sup> Dans l'un et l'autre cas, la personne doit en être informée.

11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer.

L'article 11 décrit les soins en sous-tendant qu'ils sont de prime abord d'ordre médical. La jurisprudence est venue préciser le libellé « toute autre intervention ». « Le premier alinéa utilise le mot soins dans un sens générique pour couvrir toutes espèces d'examens, de prélèvements, de traitements ou d'interventions, de nature médicale, psychologique ou sociale, requis ou non par l'état de santé, physique ou mentale. Il couvre également, comme acte préalable, l'hébergement en établissement de santé lorsque la situation l'exige. »<sup>122</sup>

« Le principe de l'autonomie de la personne et de l'autodétermination permet désormais à quiconque de refuser un traitement, même si ce refus mène à la mort. »<sup>123</sup> Une personne peut également faire le choix de mettre fin à un traitement. Plusieurs causes célèbres sont venues confirmer cette prémisse. Le 6 janvier 1992, dans l'affaire *Nancy B.*<sup>124</sup>, une jeune femme de 25 ans atteinte du syndrome de Guillain-Barré qui est paralysée depuis près de deux ans et demi, sans espoir d'amélioration, demande que lui soit retirée la ventilation

---

<sup>121</sup> François Tôth, « L'obligation de renseignement du médecin en droit civil québécois », dans *Responsabilité médicale et hospitalière. Aspects éthiques et juridiques*, Canadian Institute, Montréal, 1990, p. 1, 22.

<sup>122</sup> Ministère de la Justice, *Commentaires du ministre de la Justice - Le Code civil du Québec*, t. 1, Québec, Les Publications du Québec, 1993.

<sup>123</sup> *M.-W. (J.) c. C.-W.(S.)*, [1996] R.J.Q. 229, p. 235 (C.A.).

<sup>124</sup> *Nancy B. v. Hotel-Dieu de Québec*, 1992 CanLII 8511 (QC CS).



assistée qui la maintient en vie.<sup>125</sup> « À la demande de Nancy B., le tribunal s'est rendu à l'hôpital. Il y voyait clairement que le consentement du demandeur à mettre fin au traitement d'assistance respiratoire était réel et éclairé. »<sup>126</sup> Le tribunal a donc autorisé de mettre fin au traitement d'assistance respiratoire de Nancy B. lorsqu'elle le souhaiterait. La Cour supérieure, dans ce jugement notoire, fait une nette distinction entre l'euthanasie et la fin du traitement que réclame la Nancy B. L'honorable juge Dufour est venu affirmer que le médecin ne démontrerait pas de mépris ou de témérité s'il débranchait le respirateur à la demande de la patiente apte, éclairée sur sa condition et libre de choisir que la nature fasse son œuvre.<sup>127</sup>

Presque au même moment, le 22 janvier 1992, l'affaire *Manoir de la Pointe bleue c. Corbeil*<sup>128</sup> est présentée à la Cour supérieure de Joliette. Monsieur Corbeil, âgé de 35 ans est entièrement privé de sa fonction motrice.<sup>129</sup> N'acceptant pas sa condition irréversible, il demande qu'on le laisse libre de mourir par jeûne. Mal à l'aise face à sa position, le centre Manoir de la Pointe bleue, où il est hébergé, s'adresse au tribunal pour être guidé. Le juge Rouleau entreprend une importante réflexion sur la cessation du traitement, ici en l'occurrence le soin alimentation, et déclare que le centre Manoir de la Pointe bleue est tenu de respecter les volontés de l'intimé apte et qu'il doit s'abstenir de lui administrer les soins de santé auxquels il ne consent pas.<sup>130</sup>

Plus près de nous, en 2014, monsieur Mayence, tétraplégique, fait la même demande, soit qu'on cesse de l'alimenter et le soulage de ses douleurs pour lui permettre une mort digne.<sup>131</sup> Le tribunal accueille la requête en jugement déclaratoire amendée et déclare que la volonté de monsieur Mayence de cesser de s'alimenter et de s'hydrater constitue effectivement un refus de traitement au sens de l'article 11 du *Code civil du Québec*.<sup>132</sup>

---

<sup>125</sup> *Nancy B. v. Hotel-Dieu de Québec*, préc., note 124, par. 7, 8 et 10.

<sup>126</sup> *Id.*, par. 21.

<sup>127</sup> *Id.*, par. 60.

<sup>128</sup> *Manoir de la Pointe Bleue (1978) inc. c. Corbeil*, [1992] R.J.Q. 712

<sup>129</sup> *Id.*, p. 14.

<sup>130</sup> *Id.*, p. 52.

<sup>131</sup> *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. Van Landschoot*, 2014 QCCS 4284, par. 5.

<sup>132</sup> *Id.*, par. 36 et 37.

En 2015, une disposition de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (LCSFV)<sup>133</sup> est venue modifier l'article 11 du Code civil afin de préciser que le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et qu'il peut être révoqué à tout moment, même verbalement, sauf disposition contraire de la loi. Il est donc faux de penser que le consentement exige toujours un écrit.

### **2.1.2.2 L'intérêt et les volontés de la personne**

L'article 12 a également été modifié en 2015 avec l'entrée en vigueur de la LCSFV<sup>134</sup>. Dorénavant, l'article 12 se lit ainsi : celui qui consent aux soins pour autrui devra le faire en « respectant » plutôt qu'« en tenant compte » des volontés manifestées par la personne et surtout dans son intérêt.<sup>135</sup> Un des buts de cet amendement de la LCSFV est de reconnaître la primauté des volontés relatives aux soins exprimées clairement et librement par une personne.

12. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.

S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

Selon M<sup>e</sup> Hélène Guay, « Cette modification s'appuie vraisemblablement sur l'intention législative de couvrir toutes les situations permettant la communication des volontés d'une personne, que ce soit par l'expression verbale, non verbale, écrite ou autre ».<sup>136</sup> L'accent n'est plus seulement mis sur qui peut décider pour autrui, mais en l'occurrence sur comment cette décision devra être prise. La recherche des volontés émises, entre autres,

---

<sup>133</sup> Québec, Assemblée nationale, *Projet de loi no 52, Loi concernant les soins de fin de vie*, 2013, art. 59, *Loi concernant les soins de fin de vie*, L.R.Q. c S-32.0001, art. 65. (L.S.F.V.)

<sup>134</sup> LCSFV, art. 24 (sédation palliative continue), art. 26 (aide médicale à mourir) et art. 51 (directives médicales anticipées).

<sup>135</sup> C.c.Q., art. 11, 12 et 15.

<sup>136</sup> Hélène Guay, *Consentement aux soins : revue de la notion d'intérêt de l'article 12 du Code civil du Québec, La protection des personnes vulnérables*, Barreau du Québec, Édition Yvon Blais, 2016, vol. 409, p. 184.

par l'entremise du testament biologique<sup>137</sup>, du mandat de protection<sup>138</sup> ou par les directives médicales anticipées<sup>139</sup> introduites par la LCSFV est incontournable.

La Cour d'appel réitère en 2015 l'importance d'une analyse rigoureuse que doivent exécuter les tribunaux pour cerner l'intérêt de la personne inapte concernée par les soins.<sup>140</sup>

« L'ordonnance recherchée doit viser des soins effectivement requis : dans le seul intérêt de la personne; en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester; en s'assurant que les soins seront bénéfiques, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportions avec le résultat qu'on espère. »<sup>141</sup>

Parfois, la personne pouvant consentir aux soins pour autrui peut émettre un refus injustifié qui n'est pas dans l'intérêt de celui-ci, mais qui sert plutôt son propre intérêt. On peut penser au fils qui craint d'être mis à la rue si sa mère malade est hébergée, ou encore à celui qui reconnaît que son désir de ramener sa mère démente à la maison est en partie motivé par des considérations financières.<sup>142</sup> Encore, pensons à la fameuse promesse faite à l'autre « de ne jamais la placer ». <sup>143</sup>

Le fait de privilégier de ne pas donner le soin requis peut devenir dans l'intérêt de la personne. En 1993, dans l'affaire *Douglas Hospital c. C.T.*<sup>144</sup>, le psychiatre déconseillait une investigation pulmonaire parce qu'il était persuadé que ces tests feraient décompenser son patient; la Cour lui a donné raison.<sup>145</sup> Plus récemment, l'Institut Philippe-Pinel s'est adressé à la Cour pour demander l'autorisation de ne pas soigner un patient ayant un problème de santé mentale qui était atteint d'un lymphome de Hodgkin. À la lumière de

---

<sup>137</sup> Yvon Bureau, *Les volontés écrites en fin de vie*, Actes du congrès 1994 : un nouveau code civil : un nouveau contrat social, Montréal, Chambre des notaires du Québec, 1994, p. 2.

<sup>138</sup> C.c.Q., art. 2166.

<sup>139</sup> LCSFV, art. 51.

<sup>140</sup> H., Guay, *préc.*, note 136, p. 93 et 194.

<sup>141</sup> F. D. c. *Centre universitaire de santé McGill*, *préc.*, note 76, par. 54.

<sup>142</sup> *Hôpital Santa-Cabrini c. V. (J.)*, 2013 QCCS 2260, par. 58 et *M.G. c. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale*, 2019 QCCA 203, par. 19.

<sup>143</sup> H. Guay, *préc.*, note 136, p. 241 et 242.

<sup>144</sup> *Douglas Hospital c. C.T.*, [1993] R.J.Q. 1128 (C.S.).

<sup>145</sup> *Id.*, par. 3

la preuve fournie, le juge a retenu que le traitement présentait plus d'inconvénients que de bienfaits, même s'il permettait de prolonger la vie.<sup>146</sup>

### **2.1.2.3 L'urgence de donner le soin, mais avec prudence**

Le Code civil a prévu qu'en cas d'urgence, les soignants sont autorisés à intervenir si la vie de la personne est en danger ou que son intégrité est menacée, tout en tentant de connaître ses volontés préalables. Selon le ministre de la Justice : « [...] cette règle vise à éviter l'acharnement thérapeutique. Par ces dispositions, l'article 13 vise à reconnaître une certaine primauté à la qualité de la vie sur le maintien de la vie à tout prix, dans des conditions inacceptables ».<sup>147</sup>

13. En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.

Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne.

L'affaire *Malette v. Shulman*<sup>148</sup> en est un bel exemple. Madame Malette est impliquée dans un grave accident. À son arrivée à l'urgence, elle est inconsciente et l'infirmière découvre dans ses effets une carte signifiant qu'elle est Témoin de Jéhovah et qui indique « Pas de transfusion sanguine ». Sa fille a confirmé les volontés de sa mère de ne pas être transfusée. Or, le médecin passera outre et sera poursuivi. Madame Malette invoquera « [...] *that the administration of blood transfusions in the circumstances of her case constituted negligence, and assault and battery, and subjected her to religious discrimination* ».<sup>149</sup> Plus récemment, à Lévis, Madame Éloïse Dupuis, également Témoin de Jéhovah, est décédée des suites de complications post-césarienne. Le coroner Luc Maloin a confirmé dans son rapport que Madame Dupuis avait exprimé ses volontés de refuser une transfusion sanguine malgré une hémorragie majeure.<sup>150</sup> Le refus de soin transfusion fut réitéré par son conjoint

---

<sup>146</sup> *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. M. E.*, 2016 QCCS 4556, par. 33.

<sup>147</sup> Ministère de la Justice, *Commentaires du ministre de la Justice - Le Code civil du Québec*, t. 1, Québec, Les Publications du Québec, 1993.

<sup>148</sup> *Malette v. Shulman* (Ont. C.A.), 1990 CanLII 6868.

<sup>149</sup> *Id.*, p. 12.

<sup>150</sup> Bureau du coroner du Québec, *Rapport d'investigation du coroner concernant le décès de Éloïse Dupuis*, Me Luc Malouin, 2016-02812, p. 2.

et par son père.<sup>151</sup> Le rapport stipule que madame Dupuis n'avait pas subi de pressions indues de la communauté religieuse.<sup>152</sup> La LCSFV est venue renforcer cette liberté de choix de refuser ou retirer un soin et d'en assumer les conséquences, même si ce choix entraîne la mort.<sup>153</sup>

#### **2.1.2.4 Le consentement substitué**

Le législateur, soucieux d'obtenir le consentement substitué de la personne susceptible de mieux connaître les volontés d'une personne inapte, a prévu une hiérarchie à l'article 15 du Code civil. Le médecin ou tout autre intervenant qui souhaite proposer une évaluation, un traitement ou encore un hébergement doit donc s'adresser aux personnes autorisées à consentir aux soins requis par l'état de santé d'un majeur inapte à le faire selon un ordre prioritaire.<sup>154</sup>

15. Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

L'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*<sup>155</sup> précise qui sont considérés les conjoints dans ce cas :

Sont des conjoints les personnes liées par un mariage ou une union civile.

Sont assimilés à des conjoints, à moins que le contexte ne s'y oppose, les conjoints de fait. Sont des conjoints de fait deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui font vie commune et se présentent publiquement comme un couple, sans égard, sauf disposition contraire, à la durée de leur vie commune. Si, en l'absence de critère légal de reconnaissance de l'union de fait, une controverse survient relativement à l'existence de la communauté de vie, celle-ci est présumée dès lors que les personnes cohabitent depuis au moins un an ou dès le moment où elles deviennent parents d'un même enfant.

---

<sup>151</sup> Bureau du coroner du Québec, préc., note 150, p. 6.

<sup>152</sup> *Id.*, p. 10.

<sup>153</sup> LCSFV, art. 5, al. 1 : « Sauf disposition contraire de la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin. »

<sup>154</sup> Collèges des médecins et Barreau du Québec, *Le médecin et le consentement aux soins*, Document de référence, sept. 2018.

<sup>155</sup> *Loi d'interprétation*, RLRQ c I-16, art. 61.1.

### 2.1.2.5 L'autorisation du tribunal, le refus injustifié et le refus catégorique

Le législateur a prévu que le tribunal pouvait agir si les décisions n'étaient pas prises dans l'intérêt et selon les volontés de la personne ou encore si la personne elle-même refusait catégoriquement le soin proposé.

16. L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

[...]

Cette disposition permet aux établissements de saisir le tribunal si jamais la personne autorisée à consentir aux soins requis du majeur inapte ne prenait pas des décisions selon les volontés ou dans l'intérêt de ce dernier. Plusieurs jugements ont été rendus sur le sujet, dont un par la Cour d'appel en février 2019 dans l'affaire *M. G. c. CIUSSSCN*<sup>156</sup>. Le fils d'une dame de 90 ans souffrant d'un trouble neurocognitif sévère faisait appel d'une décision prise en première instance par l'honorable juge Michaud ordonnant l'hébergement de sa mère. Le fils admettait vouloir reprendre sa mère au domicile familial pour des considérations financières. La Cour d'appel a rejeté la demande et réitéré que les fils, bien que dévoués, ne reconnaissaient pas les besoins d'assistance de leur mère.<sup>157</sup>

Le tribunal peut également être saisi si la personne inapte refuse catégoriquement le soin requis. « Ce soin doit être utile et nécessaire. »<sup>158</sup> En 2015, la Cour d'appel dans l'affaire *F. D. c. Centre universitaire de santé McGill*<sup>159</sup> est venue rappeler, entre autres, que les effets bénéfiques d'imposer le soin doivent dépasser les effets néfastes. Soulignons que la médication, la chirurgie et les investigations sont aisément reconnues comme des soins. L'hébergement en milieu de soins l'est également dans certaines circonstances.

---

<sup>156</sup> M.G. c. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2019 QCCA 203.

<sup>157</sup> *Id.*, par. 17 à 19.

<sup>158</sup> R. P. Kouri, et S. Philips-Nootens, préc., note 91, p. 451.

<sup>159</sup> F. D. c. Centre universitaire de santé McGill, préc., note 76, par. 54.

Une demande d'autorisation de soin hébergement peut être adressée au tribunal si une personne inapte le refuse.<sup>160</sup> Pensons à cette dame atteinte de sclérose en plaques, incapable de se mouvoir, retrouvée gisant au sol dans ses excréments. Le CLSC était incapable de lui fournir les services requis. Madame acceptait la médication, mais refusait l'hébergement. La Cour d'appel est venue casser en partie la décision du juge de première instance, confirmant l'inaptitude à consentir à son soin hébergement, mais refusant d'autoriser le soin médicament à titre préventif que madame avait accepté.<sup>161</sup>

En 2003, la Cour suprême dans l'affaire *Starson c. Swayze*<sup>162</sup> a cependant souligné que le fait qu'un patient présente des problèmes de santé mentale et soit en désaccord avec le médecin traitant au sujet du diagnostic ou du traitement, ne fait pas de lui pour autant qu'il soit inapte à consentir.<sup>163</sup> Suzanne Philips-Nootens et Paule Hottin rappellent d'ailleurs que « [...] l'inaptitude à consentir aux soins ne peut être déduite du simple désaccord d'un patient avec le diagnostic ou les recommandations de son médecin ». <sup>164</sup> Ce n'est pas la décision qui doit être évaluée, mais tout le processus décisionnel.<sup>165</sup>

#### **2.1.2.6 La garde en établissement et l'évaluation psychiatrique**

L'esprit de la Charte québécoise, plaçant la personne comme axe de décision, teintera la réforme du Code civil en vigueur depuis 1991, entre autres en ce qui concerne l'intégrité des personnes présentant un problème de santé mentale.<sup>166</sup> Auparavant, le *Code civil du*

---

<sup>160</sup> C.c.Q., art. 395.

<sup>161</sup> Commentaires du ministre de la Justice, *Le Code civil du Québec*, Tome I, Québec, Les Publications du Québec, 1993, p. 12. « Le premier alinéa utilise le mot *soins* dans un sens générique pour couvrir toutes espèces d'examen, de prélèvements, de traitements ou d'interventions, de nature médicale, psychologique ou sociale, requis ou non par l'état de santé, physique ou mentale. Il couvre également, comme acte préalable, l'hébergement en établissement de santé lorsque la situation l'exige. »; *M. B. c. Centre hospitalier Pierre-le-Gardeur*, 2004 CanLII 29017 (QC CA); *Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. R.D.*, 2009 QCCS 5252 (CanLII); *Leblanc c. C.F.*, 2018 QCCS 2213 (CanLII).

<sup>162</sup> *Starson c. Swayze*, [2003] 1 R.C.S. 722, 2003 CSC 32 (CanLII).

<sup>163</sup> *Id.*, p. 772 et 773, par. 106 à 108.

<sup>164</sup> *Id.*, p. 736, par. 19.

<sup>165</sup> Suzanne Philips-Nootens et Paule Hottin, *Aspects juridiques, Évaluation de l'inaptitude*, dans M. ARCAND et Réjean HÉBERT, dir., *Précis pratique de gériatrie*, 3e éd., Acton Vale, Edisem, 2007, 963, p. 969, cité dans S. PHILIPS-NOOTENS, *L'hébergement forcé : quels intérêts, quels jeux? – Regards sur la jurisprudence récente ... et plus, La protection des personnes vulnérables*, Service de la formation continue du Barreau du Québec, 2009, EYB2009DEV 153, p. 49.

<sup>166</sup> Québec, Assemblée nationale, Sous-commission des institutions, « Projet de loi 125 - *Code civil du Québec* (1) », dans (27 août 1991) *Journal des débats de la sous-commission des institutions* 45 (monsieur Yvon Lafrance, Président) et p. 51 (madame Louise Harel, porte-parole de l'Opposition officielle).

*Bas-Canada* prévoyait que « [...] pouvaient être interdites les personnes atteintes de « fureur », d'« imbécilité » ou de « démence ».<sup>167</sup> « [Elles] se voyaient régulièrement traitées contre leur gré [...] ».<sup>168</sup> Au regard des droits des personnes vulnérables trop souvent bafoués, les articles 26 à 31 du Code civil sont venus rappeler spécifiquement les droits fondamentaux, dont l'intégrité de ces personnes vulnérables. Ces dispositions précisent les mesures relatives à la garde en établissement, sa durée, ainsi celles concernant l'évaluation psychiatrique et les délais des procédures.<sup>169</sup> Seule la garde préventive peut être imposée par un médecin si la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.<sup>170</sup> Dorénavant, seul le tribunal pourra ordonner la garde en établissement et l'évaluation psychiatrique sans le consentement de la personne.<sup>171</sup>

### **2.1.2.7 Les régimes de protection des majeurs**

Les autres dispositions du Code civil devant retenir l'attention des intervenants relativement à la protection des majeurs inaptes sont celles traitant des régimes de protection.<sup>172</sup>

Les articles 256 et suivants ont été introduits à la suite d'importants travaux lancés en 1986 par madame Lucienne Robillard, première femme et travailleuse sociale à occuper la fonction de curatrice publique, afin de revoir le dispositif de protection des majeurs inaptes.<sup>173</sup> Elle déposera un rapport étoffé et fera des représentations en commissions parlementaires<sup>174</sup> qui mèneront en 1990 à la mise en vigueur de la *Loi sur le curateur public*<sup>175</sup>. En 1991, un projet de réforme intégrale du Code civil, le *Projet de loi 125*<sup>176</sup>, est déposé à l'Assemblée nationale par le ministre de la Justice de l'époque, M<sup>e</sup> Gil Rémillard. En remaniant le Code civil, les législateurs offrent dorénavant la

---

<sup>167</sup> *Code civil du Bas-Canada*, Acte 29 Vict., ch. 41 (1865), art. 325 et suivants.

<sup>168</sup> E. Bernheim, préc., note 65, p. 197 et 198.

<sup>169</sup> C.c.Q., art. 26 à 31.

<sup>170</sup> *Id.*, art. 27, al. 2.

<sup>171</sup> *Id.*, art. 26, 27, 28.

<sup>172</sup> *Id.*, art. 256 et suivants

<sup>173</sup> Assemblée Nationale, Journal des débats, commissions parlementaires, Étude détaillée du *projet de loi 145*, Loi sur le Curateur public et modifiant le *Code civil* et d'autres dispositions législatives, juin 1989

<sup>174</sup> Curateur public, en ligne :

<[https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/curateur/histo/1986\\_1999.html](https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/curateur/histo/1986_1999.html)> (consulté le 10 mars 2019).

<sup>175</sup> *Loi sur le Curateur public*, RLRQ c C-81.

<sup>176</sup> *Projet de loi 125* (1991, chapitre 64).



possibilité aux citoyens de nommer, par le biais d'un « mandat en prévision de l'incapacité »<sup>177</sup>, la ou les personnes pouvant les représenter advenant une incapacité plutôt qu'être placés systématiquement sous la responsabilité de la « Curatelle publique ». À défaut dudit « mandat de protection » (nouvelle appellation depuis janvier 2016 avec le nouveau *Code de procédure civile*)<sup>178</sup>, l'ouverture d'un régime de protection devient maintenant possible sans qu'un recours au Curateur public (nouvelle appellation donnée en 1992) soit nécessaire.<sup>179</sup> Ce dernier demeure cependant l'instance responsable devant veiller à la protection de personnes incapables et du patrimoine de mineurs.<sup>180</sup>

Désormais, l'avis d'un psychiatre ou d'un directeur d'un établissement public ne suffit plus pour déclarer une personne incapable. Il revient à la Cour supérieure de déclarer une personne incapable et, par conséquent, de lui retirer l'exercice de ses droits civils.<sup>181</sup> Pour entamer la procédure judiciaire, un rapport doit être fourni et être constitué d'une évaluation médicale spécifiant les causes (pathologies), le degré (partiel ou total) et la durée (temporaire ou permanente), ainsi que d'une évaluation psychosociale<sup>182</sup> qui doit démontrer l'existence d'un besoin de protection en dressant le portrait de la personne, de la dynamique familiale, et qui doit tenir compte de l'opinion de la personne ainsi que de ses capacités résiduelles.<sup>183</sup> Depuis l'entrée en vigueur en 2009 de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*<sup>184</sup>, l'évaluation psychosociale est reconnue comme un acte réservé exclusivement au travailleur social.<sup>185</sup>

Autant pour les personnes incapables sous régime de protection que pour celles dont le mandat est homologué, des recours sont possibles si les représentants ne s'acquittent pas

---

<sup>177</sup> C.c.Q., art. 2166 et suivants [CcQ].

<sup>178</sup> *Code de procédure civile*, L.R.Q., c. C-25.01, art. 778, al. 6.

<sup>179</sup> C.c.Q., RLRQ c C-1991, art. 258 et 2166.

<sup>180</sup> *Loi sur le Curateur public*, préc. note 175, art. 12.

<sup>181</sup> Marielle Pauzé et Lyse Gauthier, *Évolution de l'exercice du travail social relatif aux mesures et aux régimes de protection de la personne incapable*, OTSTCFQ, Revue Intervention, 2009, no 131, p. 100.

<sup>182</sup> C.c.Q., art. 270.

<sup>183</sup> OTSTCFQ, Guide de pratique, *L'évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection, du mandat donné en prévision de l'incapacité et des autres mesures de protection au majeur*, 2011.

<sup>184</sup> *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, LQ 2009, c 28.

<sup>185</sup> *Id.*, art. 5 al. 1.1.1 f).

de leurs fonctions en conformité à ce qui est attendu.<sup>186</sup> L'article 2177 du Code civil permet au tribunal, en certaines circonstances, de révoquer un mandat lorsque le mandant est inapte. Le mandant n'étant pas apte à mettre fin lui-même au mandat, le présent article lui assure la protection nécessaire. Il s'agit d'un recours ouvert à tous ceux qui peuvent exercer de fait ce rôle de surveillance : le personnel d'un établissement de santé, les proches du mandant et le Curateur public.<sup>187</sup>

Le Curateur public peut recevoir un signalement pour enquête et inspection pour ses pupilles déjà sous régime et il peut, de même, faire enquête relativement à toute personne inapte dont un mandataire prend soin ou administre les biens.<sup>188</sup> Le tribunal peut être saisi si les résultats donnent sérieusement lieu de craindre que la personne représentée ne subisse un préjudice en raison de l'inexécution ou de la mauvaise exécution des fonctions de tuteur ou de curateur.<sup>189</sup> Dans l'affaire *Curateur public du Québec et D.I.*<sup>190</sup>, le juge Moore rappelle que les comandataires n'ont pas agi avec prudence, diligence, honnêteté ou même loyalement dans leurs fonctions.<sup>191</sup> Il révoque le mandat et prononce l'ouverture du régime de protection désignant le Curateur public.<sup>192</sup> Selon les professeurs Deleury et Goubau « La loi vise essentiellement le cas du mandataire négligent, incompetent ou malhonnête, celui qui se serait placé en conflit d'intérêts, et peut s'appliquer même si la révocation est basée sur des faits antérieurs au jugement d'homologation ». <sup>193</sup>

Ces dispositions servent à protéger nos personnes vulnérables et peuvent être des leviers utiles pour les travailleurs sociaux, mais également pour toute personne qui serait témoin d'irrégularités de la part des représentants, qu'ils soient tuteurs, curateurs ou mandataires.

---

<sup>186</sup> *Loi sur le curateur public*, préc., note 175, art. 27 et C.c.Q., art. 2177.

<sup>187</sup> Ministère de la Justice, *Commentaires du ministre de la Justice - Le Code civil du Québec*, article 2177 (LQ1991, c. 64), Extrait de : t. 2, Québec, Les Publications du Québec, 1993.

<sup>188</sup> *Loi sur le curateur public*, préc., note 175, art. 27.

<sup>189</sup> *Id.*, art. 22.

<sup>190</sup> *Curateur public du Québec et D.I.*, 2019 QCCS 212

<sup>191</sup> *Id.*, par. 2 et 3.

<sup>192</sup> *Id.*, par. 59 et 64.

<sup>193</sup> Édith Deleury et Dominique Goubau, *Le droit des personnes physiques*, 5e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014, p. 760-761.

### 2.1.3 La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui

En 1998, la *Loi de protection du malade mental*<sup>194</sup> donne place à la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui* (ci-après L.p.p.)<sup>195</sup>. Les dispositions de la L.p.p. complètent celles du Code civil et viennent préciser que « La garde n'est qu'une mesure de « détention préventive de protection » et non de « traitement obligatoire ».<sup>196</sup>

« Un nouveau rôle central est confié au pouvoir judiciaire, qui devient le gardien ultime des droits et libertés dans une matière qui n'avait jamais concerné que les pouvoirs médicaux et religieux. Si, jusque-là, les décisions de cure fermée étaient prises en fonction de l'intérêt clinique des patients, les ordonnances judiciaires de garde en établissement évacuent dorénavant cette dimension bienveillante. Ces situations doivent être appréhendées comme des *litiges* opposant deux *parties* mutuellement protégées par le formalisme et la procédure. »<sup>197</sup>

Malgré les nouvelles dispositions au Code civil et la réforme de la L.p.p., plusieurs lacunes persistent toutefois dans leur application, qu'il s'agisse de procédures non respectées ou de délais dépassant parfois de plusieurs jours<sup>198</sup> ceux prescrits pour procéder aux évaluations psychiatriques ou pour la présentation au tribunal, par exemple, quand une personne demeure sous garde préventive hors délai et se retrouve en détention forcée.<sup>199</sup>

---

<sup>194</sup> *Loi de protection du malade mental*, RLRQ, c. P-41.

<sup>195</sup> L.p.p.

<sup>196</sup> Québec, Assemblée Nationale, Commission permanente des affaires sociales, « Consultations particulières sur le projet de loi n 39 – *Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives* (1) », (18 février 1997) 35(57) *Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales* 2 (monsieur Jean Rochon, ministre de la Santé et des Services sociaux) et *Code civil du Québec*, RLRQ c C-1991, art. 16, 27 et 28.

<sup>197</sup> E. Bernheim, préc., note 65, p. 199.

<sup>198</sup> Judith Lauzon, *Près de dix ans d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Notre constat: le respect des libertés et droits fondamentaux toujours en péril*, Barreau du Québec - Service de la formation continue, *Obligations et recours contre un curateur, tuteur ou mandataire défaillant*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2008, p. 30.

<sup>199</sup> *A c. Centre hospitalier de St. Mary*, 2007-597, 2007 QCCA 358, par. 16, *Leblanc c. C. B.*, 2019 QCCQ 381, par. 18, 19 et 24, *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378.

Une étude menée par M<sup>e</sup> Judith Lauzon œuvrant auprès du Curateur public fait le constat que « plus de 60 % des personnes visées ont subi une détention civile illégale d'une durée variant de un à sept jours, et peut-être même plus ». <sup>200</sup> Dans l'affaire *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal* <sup>201</sup>, la juge Bich concède que

« [...] les art. 26, 27 et 30 du C.c.Q., ainsi que l'art. 7 de la L.p.p, jumelés aux exigences de l'art. 396 du C.p.c. instaurent un cadre effectivement serré. Mais que ce cadre soit particulièrement sévère est tout à fait compréhensible puisqu'il s'agit ici d'imposer à une personne, dans un contexte purement civil, l'équivalent d'une incarcération. Que les délais soient courts et imposent un certain fardeau aux établissements va également de soi, pour la même raison ». <sup>202</sup>

Certaines dispositions de la L.p.p. encadrent la protection et précisent les droits de la personne présentant un problème de santé mentale. L'article 6 stipule que « Seuls les établissements exploitant un centre local de services communautaires disposant des aménagements nécessaires ou un centre hospitalier peuvent être requis de mettre une personne sous garde préventive ou sous garde provisoire afin de lui faire subir un examen psychiatrique ». <sup>203</sup> Les dispositions encadrant la garde sont détaillées à l'article 7, rappelant le détail des délais et des étapes :

7. Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus soixante-douze heures s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Le médecin qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement.

À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique. Toutefois, si cette période se termine un samedi ou un jour férié, qu'aucun juge compétent ne peut agir et que cesser la garde présente un danger, celle-ci peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour ouvrable qui suit.

---

<sup>200</sup> J. Lauzon, préc., note 198, p. 33.

<sup>201</sup> *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 60.

<sup>202</sup> *Id.*, par 85.

<sup>203</sup> L.p.p., art.6.

C'est l'article 8 qui précise qu'un agent de la paix peut, à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise et sans l'autorisation du tribunal, amener la personne contre son gré auprès d'un établissement désigné par la loi.

#### **2.1.4 La Loi sur les services de santé et les services sociaux**

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après LSSSS)<sup>204</sup> institue le régime de services de santé et de services sociaux qui a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.<sup>205</sup> La ligne directrice première devant guider la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux est la personne qui les requiert.<sup>206</sup> Celle-ci a le droit d'être traitée avec respect et, en autant que possible, participer aux soins et aux services.<sup>207</sup> La personne doit recevoir une information adéquate et être incitée à utiliser les services de façon judicieuse.<sup>208</sup>

La LSSSS contient des dispositions encadrant les droits des usagers. L'article 5 stipule que « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité, et de façon personnalisée et sécuritaire ».<sup>209</sup> L'article 6 édicte que « Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux ».<sup>210</sup> Selon M<sup>e</sup> Jean-Pierre Ménard, ces dispositions ne sont cependant pas toujours respectées par les établissements pressés de libérer des lits occupés par des personnes en attente d'hébergement. Une pression est exercée sur les intervenants, principalement les travailleurs sociaux, afin que ceux-ci transfèrent ces personnes dans la

---

<sup>204</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2.

<sup>205</sup> *Id.*, art.1.

<sup>206</sup> *Id.*, art. 3, al. 1.

<sup>207</sup> *Id.*, art. 3, al. 2, 3 et 4.

<sup>208</sup> *Id.*, art. 3, al. 5.

<sup>209</sup> *Id.*, art. 5.

<sup>210</sup> *Id.*, art. 6.

première ressource disponible. Par exemple, les conjoints âgés n'ayant pas le même profil d'autonomie et besoins seront souvent séparés.<sup>211</sup>

En 2015, l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*<sup>212</sup> a occasionné une grande réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Les établissements ont été fusionnés et plusieurs ont vu s'agrandir leur territoire à desservir. Conséquemment, les ressources d'hébergement offertes peuvent parfois éloigner la personne hébergée de son réseau familial et social, la privant ainsi de leur visite. Si la personne manifeste le souhait de changer de territoire afin de se rapprocher de sa famille, elle fait souvent face à plusieurs embûches.<sup>213</sup> Ce droit des usagers est limité par l'article 13 : « Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6 s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose » (notre soulignement).<sup>214</sup> Selon M<sup>e</sup> Jean-Pierre Ménard, « L'utilisation du terme « en tenant compte » montre bien que le législateur n'a pas voulu que la limitation des ressources vide de son contenu le droit des usagers aux services avec les qualités que la loi y attache. »<sup>215</sup>

Autre disposition encadrant le droit des usagers, l'article 14 de la LSSSS rappelle que

« Un établissement ne peut cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou de l'une de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état. Sous réserve du premier alinéa, un usager doit quitter l'établissement qui lui dispense des services d'hébergement dès qu'il reçoit son congé conformément aux dispositions du règlement pris en vertu du paragraphe 28° du premier alinéa de l'article 505 ». <sup>216</sup>

---

<sup>211</sup> Jean-Pierre Ménard, *Les travailleurs sociaux peuvent-ils compromettre le droit de l'usager à des services sociaux?*, Service de la formation continue, Barreau du Québec, vol. 439, La protection des personnes vulnérables (2018), Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 189 à 223.

<sup>212</sup> *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, L. Q. 2015, c. 1.

<sup>213</sup> J.-P. Ménard, préc., note 211, p. 214 à 223.

<sup>214</sup> LSSSS, art. 13.

<sup>215</sup> J.-P. Ménard, préc., note 211, p. 222.

<sup>216</sup> LSSSS, art. 14.

Le congé signé par le médecin<sup>217</sup> n'est donc pas le seul élément qui permet le congé définitif. Il serait alors justifié de retarder le départ, le temps d'organiser la mise en place des services requis pour assurer à la personne un retour à domicile sécuritaire, et ce, malgré le congé médical signé.

### **2.1.5 La Loi concernant les soins de fin de vie**

L'évolution du droit en harmonie avec une volonté sociétale permet dorénavant à la personne qui éprouve une souffrance qu'elle estime intolérable de demander un soin qui mènera à son décès. « La jurisprudence et le droit ont aussi évolué vers de nouveaux principes de justice fondamentale et d'équité sociale. »<sup>218</sup>

L'affaire *Carter*<sup>219</sup> en est un bel exemple. En 2015, la Cour suprême donnait raison à deux dames, mesdames Taylor et Carter, qui demandaient l'accès à l'aide médicale à mourir en raison d'importantes souffrances dues à la maladie. Elles invoquaient l'inconstitutionnalité de l'article 241b du *Code criminel*<sup>220</sup> qui interdisait à quiconque de conseiller, d'encourager ou d'aider une personne à se donner la mort. Toute personne qui contrevenait à la loi était passible d'un maximum de 14 ans de prison. L'affaire jugée est toutefois venue démontrer que « la prohibition de l'aide à mourir avait une portée excessive »<sup>221</sup> et ne respectait pas les principes de justice fondamentale.

Il s'agit d'une évolution juridique profonde et fondamentale puisqu'elle implique les droits individuels enchâssés dans notre constitution. C'est aussi une avancée majeure si on la compare au combat mené par madame Sue Rodriguez<sup>222</sup> 21 ans plus tôt. Cette dame âgée de 42 ans atteinte de sclérose latérale amyotrophique demandait qu'un médecin qualifié soit autorisé à mettre en place des moyens technologiques qu'elle pourrait utiliser, quand elle perdrait la capacité de jouir de la vie, pour se donner elle-même la mort au moment qu'elle choisirait.<sup>223</sup> La Cour suprême avait rejeté l'appel en 1993, invoquant que « On ne

---

<sup>217</sup> *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRQ c S-5, r 5, art. 30.

<sup>218</sup> Denise Boulet, *L'aide médicale à mourir au Québec : un progrès législatif controversé*, Barreau du Québec, Service de la formation continue, Éd. Y. Blais, Vol. 402, Cowansville, 2015, p. 94.

<sup>219</sup> *Carter c. Canada* (Procureur général) 2015 CSC 5.

<sup>220</sup> *Code criminel*, LRC 1985, c. C-46.

<sup>221</sup> *Carter c. Canada* (Procureur général), préc., note 219, par. 86.

<sup>222</sup> *Rodriguez c. Colombie-Britannique* (Procureur général), [1993] 3 R.C.S. 519.

<sup>223</sup> *Id.*, p. 2.

peut dissocier ces droits [individuels] du principe du caractère sacré de la vie, qui est la troisième valeur protégée par l'art. 7 ». <sup>224</sup>

Le Québec aura une participation importante dans l'évolution du droit de mourir dans la dignité avec l'élaboration et l'entrée en vigueur le 15 décembre 2015 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* <sup>225</sup>. La LCSFV encadre non seulement l'aide médicale à mourir (ci-après AMM) aux articles 26 à 32, mais également la sédation palliative continue aux articles 24 et 25. La LCSFV institue aussi les directives médicales anticipées aux articles 51 à 62. Précurseur, le Québec sera aussi la seule province à s'être doté d'une loi permettant, selon certains critères <sup>226</sup>, l'AMM avant même l'arrêt Carter. <sup>227</sup> Cette loi est le fruit d'un grand nombre d'études, de consultations et de délibérations qui ont commencé par la création de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité à la fin de 2009. <sup>228</sup>

En vertu de cette Loi, la personne peut maintenant non seulement refuser un soin, mais peut même demander un soin qui mettra fin à ses souffrances et entraîner sa mort. <sup>229</sup> « Sauf disposition contraire, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin. » <sup>230</sup> « Le refus de soin ou le retrait de consentement peut être communiqué par tout moyen. » <sup>231</sup>

Entre l'entrée en vigueur de la Loi le 10 décembre 2015 jusqu'au 31 mars 2018, 1664 personnes ont reçu l'AMM sur 2482 demandes formulées. <sup>232</sup> La Commission sur les

---

<sup>224</sup> *Rodriguez c. Colombie-Britannique* (Procureur général), préc., note 222, p. 3.

<sup>225</sup> LCSFV

<sup>226</sup> *Id.*, art. 26.

<sup>227</sup> Katherine Champagne, *L'avènement des directives médicales anticipées: le testament biologique et le mandat de protection sont-ils toujours utiles?*, 2016, 118 *R. du N.*, p. 400.

<sup>228</sup> Québec, Assemblée nationale, Commission spéciale, *Mourir dans la dignité*, Rapport de 2004, p. 24, <[http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique\\_54787&%3Bprocess=Default&%3Btoken=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz.html](http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_54787&%3Bprocess=Default&%3Btoken=ZyMoxNwUn8ikQ+TRKYwPCjWrKwg+vIv9rjjj7p3xLGTZDmLVSmJLoqe/vG7/YWzz.html)> (consulté le 12 mai 2019).

<sup>229</sup> C.c.Q., art. 11.

<sup>230</sup> LCSFV, art. 5.

<sup>231</sup> *Id.*, art. 5.

<sup>232</sup> Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Commission sur les soins de fin de vie, *Rapport annuel d'activités 1<sup>er</sup> juillet 2017 - 31 mars 2018*, p. 25.



soins de vie dénote dans son récent rapport d'activités que le nombre d'administrations de l'AMM est en augmentation constante.<sup>233</sup> Au total, 63 aides médicales à mourir ont été administrées en 2015-2016, 600 en 2016-2017 et 969 en 2017-2018.<sup>234</sup> À la lumière de ces données, la ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Danielle McCann, et le président de la commission, monsieur Michel A. Bureau, ont toutefois convenu qu'il y avait place à amélioration, car il existe une disparité entre l'offre et l'accès aux soins de fin de vie, dont l'AMM, entre les régions et même au sein de certains établissements, entre autres à Montréal.<sup>235</sup> « À cet égard, 87 AMM au total ont été administrées au CUSM et au CHUM entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2018, soit près de deux fois moins que le CHU de Québec-Université Laval où 162 AMM ont été administrées. »<sup>236</sup> Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal à lui seul a administré 104 AMM, soit plus que les quatre autres CIUSSS de la région de Montréal réunis, soit 85.<sup>237</sup>

Certaines personnes qui font une demande d'AMM, même si elles remplissent tous les critères qui les rendent admissibles, non pas toujours accès à l'AMM, et ce, malgré les chartes, malgré la LCSFV et malgré la jurisprudence. Leur demande n'est pas toujours entendue.<sup>238</sup> Des délais sont occasionnés par la recherche d'un médecin disponible pour donner un deuxième avis, tel que prescrit par la loi fédérale,<sup>239</sup> ou d'un autre qui acceptera d'administrer l'AMM.<sup>240</sup> Parfois, les démarches sont si longues que 52 % des personnes décèdent avant d'avoir reçu l'AMM.<sup>241</sup> Comme le dit madame Véronique Hivon,

---

<sup>233</sup> Préc., note 232, p. 29.

<sup>234</sup> Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Commission sur les soins de fin de vie, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec, 10 décembre 2015 au 31 mars 2018*, p. 100, tableau D14.

<sup>235</sup> Conférence de presse du 3 avril 2019 de Mme Danielle McCann, ministre de la santé et des services sociaux, La situation des soins de fin de vie au Québec, <<http://www.assnat.qc.ca/fr/video-audio/archives-parlementaires/activites-presse/AudioVideo-79817.html?support=video>> (visionné le 3 avril 2019)

<sup>236</sup> Préc., note 234, p. 31.

<sup>237</sup> *Id.*, p. 31.

<sup>238</sup> *Id.*, p. 51.

<sup>239</sup> *Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, Mesures de sauvegarde, art. 241.3, al. e : s'assurer qu'un avis écrit d'un autre médecin ou infirmier praticien confirmant le respect de tous les critères prévus au paragraphe (1) a été obtenu; <<http://www.parl.ca/DocumentViewer/fr/42-1/projet-loi/C-14/sanction-royal>> (consulté le 7 avril 2019),

<sup>240</sup> Préc., note 234, p. 40.

<sup>241</sup> Préc., note 234, p. 60.

ex-ministre et autrice du *Projet de Loi 52*<sup>242</sup>, « [...] chaque jour de fin de vie peut être une éternité de souffrance en soi ».<sup>243</sup>

D'autres personnes souffrantes se sont vu refuser l'AMM car ne remplissaient pas les critères de fin de vie et de mort naturelle raisonnablement prévisible. Or, le 11 septembre 2019, Madame Gladu et monsieur Truchon<sup>244</sup>, déclarés non admissibles à l'AMM, soutiennent que les exigences violent leurs droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de leur personne, ainsi que leur droit à l'égalité, garantis par les articles 7 et 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*.<sup>245</sup> Madame Gladu et monsieur Truchon, deux personnes lourdement handicapées et sans espoir d'amélioration, se sont vus refuser l'AMM parce que tous deux n'étaient pas considérés en fin de vie et que leur mort naturelle n'était pas raisonnablement prévisible.<sup>246</sup>

L'honorable juge Christine Baudoin a rendu un jugement étoffé déclarant inconstitutionnelles les dispositions 242.2 (2) d) du *Code criminel*, soit le critère de mort naturelle raisonnablement prévisible, et l'article 26, par. 3, soit être en fin de vie. Le tribunal déclarera ces critères d'admissibilité non conformes aux principes de justice fondamentale protégée par la Charte canadienne.<sup>247</sup>

La protection de la vie à tout prix n'est plus ce qui doit guider les réflexions et les pratiques, mais le respect du choix et l'autodétermination de la personne qui souffre.

#### **2.1.6 La Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité**

La *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*<sup>248</sup> est un autre cadre législatif impliquant de près

---

<sup>242</sup> *Loi concernant les soins de fin de vie*, projet de loi 52, 2013.

<sup>243</sup> Le Devoir, *L'aide à mourir, un droit encore bafoué au Québec*, 4 avril 2019, <<https://www.ledevoir.com/politique/quebec/551345/environ-400-quebecois-n-ont-pas-recu-l-aide-medicale-a-mourir-meme-s-ils-y-avaient-potentiellement-droit>> (consulté le 6 avril 2019)

<sup>244</sup> *Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792.

<sup>245</sup> *Id.*, par. 5 et 6.

<sup>246</sup> *Id.*, par. 5.

<sup>247</sup> *Id.*, par. 12, 764 et 765.

<sup>248</sup> *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, LQ 2017, c 10.

les établissements, car elle implique la mise en place de mesures visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, notamment en imposant à tout établissement l'obligation d'adopter et de mettre en œuvre une politique de lutte contre la maltraitance envers ces personnes, en facilitant le signalement des cas de maltraitance et en mettant en place un processus d'intervention pour contrer la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité.<sup>249</sup>

La Loi prescrit une obligation à tout fournisseur de services de santé et de services sociaux ou à tout professionnel au sens du *Code des professions*<sup>250</sup> qui a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime d'un geste singulier ou répétitif ou d'un défaut d'action appropriée qui porte atteinte de façon sérieuse à son intégrité physique ou psychologique de signaler sans délai ce cas. Cela s'applique pour les personnes majeures qui sont hébergées dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée au sens de la LSSSS ou pour toute personne en tutelle ou en curatelle ou à l'égard de laquelle un mandat de protection a été homologué. Le signalement doit être effectué auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services d'un établissement si cette personne y reçoit des services ou, dans les autres cas, à un corps de police.<sup>251</sup> Cette loi ordonne au professionnel la levée du secret professionnel afin de transmettre les informations concernant de tels cas.

La Loi a apporté des modifications à l'article 60.4 du *Code des professions*. Dorénavant, le professionnel peut communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence et non plus d'un danger imminent (notre soulignement). On entend par « blessures graves » toute blessure physique ou psychologique qui nuit d'une manière

---

<sup>249</sup> Préc., note 248, art.1.

<sup>250</sup> *Code des professions*, RLRQ c C-26, art.31.

<sup>251</sup> Préc., note 248, art. 21.

importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiable.<sup>252</sup> En vertu de la présente Loi, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et plaintes<sup>253</sup> a été désigné pour recevoir les signalements et les plaintes, puis en faire un bilan spécifique à l'établissement.<sup>254</sup>

### **3 Développement de modèles de structures organisationnelles pour le bénéfice de la personne majeure en situation de vulnérabilité**

#### **3.1 Complexité des situations cliniques**

Les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux sont de plus en plus souvent aux prises avec des situations cliniques complexes ou litigieuses. Ces situations peuvent être de différents ordres et comporter de multiples problématiques. À titre d'exemples, notons un régime de protection contesté, une demande d'AMM non entendue, les soins disproportionnés exigés par une famille allant à l'encontre des volontés exprimées par la personne, la personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat et qui refuse les soins, une famille qui manifeste un refus injustifié de soins qui s'apparente à de la négligence et même à de l'abus. L'affaire *CIUSSS de la Capitale-Nationale c. C. R.*<sup>255</sup> en est une illustration. Le fils s'interposait dans la prestation des soins à domicile offerts à sa mère par le CLSC. Il prétendait s'occuper lui-même des soins d'hygiène et de l'alimentation de sa mère, ce qui était faux. Sa résistance aux services aurait été motivée par la rémunération financière perçue.<sup>256</sup> Ici, l'établissement s'est adressé au tribunal et a demandé une ordonnance de protection interlocutoire afin que le CLSC puisse avoir accès à madame et lui prodiguer les soins au domicile sans la présence du fils. Le CIUSSS a fait valoir les dispositions 509 et 510 du *Code de procédure civile*<sup>257</sup> et a invoqué la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*<sup>258</sup> pour démontrer le besoin de protection

---

<sup>252</sup> C. prof., art. 60.4.

<sup>253</sup> LSSSS, art. 30.

<sup>254</sup> Préc., note 248, art. 3, al. 3 et art. 14.

<sup>255</sup> *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. C.R.*, 2018 QCCS 3049.

<sup>256</sup> *Id.*, par. 20.

<sup>257</sup> C.p.c., art. 509 et 510, *Curateur public du Québec et X*, 2019 QCCS 2788, *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke c. J.L.* 2019 QCCS 896, *Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches c. M.M.*, 2018 QCCS 2628.

<sup>258</sup> Préc., note 248.

en faisant cesser les agissements du fils envers sa mère et les intervenants<sup>259</sup>, demande qui fut accueillie.

Un autre exemple de situation complexe est le cas de la personne déficiente intellectuellement qui perd des capacités physiques et cognitives en lien avec un vieillissement, auxquelles s'ajoutent un ou des problèmes de santé physique aigus. Elle a peut-être, par le passé, été à même de voir à elle-même et de prendre des décisions, toutefois, l'appréciation de sa condition actuelle et de ses besoins découlant devient plus difficile. La compréhension des risques inhérents à ses décisions et son jugement peuvent être altérés par son état de déficience et la maladie. Ce fut le cas dans l'affaire *Curateur public du Québec c. R.*<sup>260</sup>, l'une des premières demandes adressées en 1998 à la Cour supérieure pour un hébergement. Il s'agit d'une situation complexe qui demeure d'actualité. Madame R. est âgée de 79 ans et présente une déficience intellectuelle avec des idées paranoïdes, auxquelles s'ajoutent des problèmes d'incontinence et des ulcères aux membres inférieurs. Elle vit isolée dans un chalet avec des animaux. Le domicile est insalubre et à risque d'incendie. Madame refuse de prendre sa médication et elle est réfractaire à l'aide extérieure (bénévoles et CLSC). Elle est même agressive avec les intervenants. Elle refuse catégoriquement l'éventualité de quitter son domicile.

Dans de tels cas, les intervenants ont non seulement à évaluer la capacité de comprendre et d'assumer des risques par la personne<sup>261</sup>, mais aussi à apprécier l'urgence d'agir : la personne représente-t-elle un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui?<sup>262</sup> Les intervenants doivent également rechercher le moyen d'intervention le moins contraignant afin de respecter le choix de la personne, même si celle-ci est présumée inapte à consentir à la prise de médicament, au suivi par une équipe traitante et à un hébergement.<sup>263</sup> Dans cette cause, la travailleuse sociale a bien tenté de respecter le désir de la dame de demeurer à son domicile malgré son mode vie marginal et ses limitations.

---

<sup>259</sup> *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. C.R.*, 2018 QCCS 3049, par. 12 et 13.

<sup>260</sup> *Curateur public du Québec c. R.*, REJB 1998-09958.

<sup>261</sup> *Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, préc., note 74.

<sup>262</sup> L.p.p., art. 8.

<sup>263</sup> *F. D. c. Centre universitaire de santé McGill*, préc., note 76.f

Les tentatives d'aide ont été vaines. M<sup>e</sup> François Dupin, contentieux au Curateur public à l'époque, a porté la cause devant la Cour supérieure et l'honorable juge Bellavance a ordonné l'hébergement de madame R.

### **3.2 Connaissances requises et accès à l'expertise**

Devant la présence et l'augmentation des situations cliniques complexes et litigieuses, les professionnels et les équipes doivent acquérir des connaissances spécifiques et développer des compétences afin d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes, tel qu'édicté par la LSSSS.<sup>264</sup> Les domaines de connaissances sont vastes autant au plan clinique – évaluation des risques (pensées suicidaires, sécurité au domicile, refus de soin, etc.), de la dangerosité, de la maltraitance, de l'aptitude à voir à sa personne et à l'administration de ses affaires et à consentir à un soin, de la souffrance amenant à demander l'AMM, etc. – qu'au plan légal comme vu précédemment, qu'au plan déontologique, ainsi qu'au plan éthique. Tous les professionnels et les gestionnaires ne peuvent détenir ces connaissances spécialisées. Lors de certaines situations complexes, la référence à un expert ou à une équipe dédiée peut s'avérer bénéfique pour obtenir le soutien clinique, juridique et éthique.

C'est d'ailleurs ce que confirme un sondage effectué entre le 24 mai et le 7 juin 2018 par huit ordres professionnels du domaine de la santé mentale et des services sociaux<sup>265</sup> engagés dans une importante étude de perceptions auprès de leurs membres respectifs (20 904 membres) afin de connaître le portrait sur les services rendus à la population ainsi que sur les conditions de pratique dans le réseau public de la santé et des services sociaux. Le taux de réponse a été de 44 %, soit 9239 membres. Plusieurs enjeux sont ressortis, entre autres que 51 % des répondants considèrent que le soutien en matière de développement professionnel continu est déficient dans leur milieu de travail. Deux aspects sont ressortis quant à la qualité du soutien : 46 % des répondants considèrent que

---

<sup>264</sup> LSSSS, art. 100.

<sup>265</sup> L'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, l'Ordre professionnel des criminologues du Québec et l'Ordre professionnel des sexologues du Québec.

le soutien matériel et technique est déficient et 42 % que le soutien professionnel clinique est déficient. En troisième lieu, c'est le soutien administratif qui semble constituer une lacune pour 36 % des répondants.<sup>266</sup>

### **3.3 Modèles organisationnels**

Le développement de modèles organisationnels structurés au sein même des établissements permet de s'assurer de la compétence des personnes-conseils, du suivi et du soutien, en plus d'assurer le transfert de connaissances par la formation continue du personnel. Constituer des structures organisationnelles et des trajectoires de services s'avère bénéfique tant pour les professionnels que pour les équipes, mais surtout pour la personne majeure en situation de vulnérabilité : cela lui évite ou fait cesser des préjudices pouvant être encourus par l'inaction ou des actions inappropriées.

#### **3.3.1 Collecte d'information auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec**

Afin de connaître les modèles organisationnels développés dans les différents établissements, une demande d'information a été adressée à l'automne 2019 aux 22 directions des services multidisciplinaires (ci-après DSM) des établissements fusionnés du Québec, soit les 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (ci-après CISSS) et les 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (ci-après CIUSSS), de même, qu'aux cinq établissements non fusionnés suivants : le Centre hospitalier universitaire de Québec, l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, le Centre hospitalier universitaire de Montréal, le Centre universitaire de santé de McGill, l'Institut de cardiologie de Montréal et l'Institut universitaire Philippe-Pinel. (voir lettre en annexe).

Treize établissements ont répondu à la demande et ont été généreux en partageant leurs préoccupations, leurs modèles de fonctionnement ou leurs projets de développement de services spécialisés au sein de leur établissement. Les échanges nous ont permis de

---

<sup>266</sup> Communiqué de presse conjoint, *Huit ordres professionnels sonnent l'alarme, Les enjeux prioritaires*, 11 décembre 2019.

constater l'intérêt des établissements à améliorer leurs pratiques en réponse aux besoins exponentiels suscités par le nombre grandissant de cas complexes impliquant des personnes majeures en situation de vulnérabilité.

À la lumière des réponses obtenues, on constate qu'il existe une disparité entre les modèles organisationnels des différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux en ce qui concerne le traitement des cas complexes ou litigieux impliquant la protection des personnes majeures en situation de vulnérabilité. Certains établissements ont mis en place une structure clinico-administrative détaillée, d'autres travaillent à son élaboration. Bon nombre d'entre eux ont des intervenants-experts, des spécialistes d'activités cliniques, des coordonnateurs professionnels, un comité d'éthique ou un service juridique auxquels les professionnels peuvent se référer au besoin, mais les trajectoires de services diffèrent.

### **3.3.2 Obligation de se conformer**

Plusieurs des établissements nous ont transmis leurs politiques ou procédures organisationnelles concernant la garde, les mesures de contrôle, l'évaluation des régimes de protection et autres. Il faut toutefois souligner que les établissements ont l'obligation d'élaborer des protocoles ou des politiques et des procédures pour se conformer aux dispositions législatives en vigueur, aux recommandations ministérielles ou à celles provenant du Curateur public du Québec ou encore du Protecteur du citoyen, par exemple :

- la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* édictant que « Chaque établissement devait adopter sa politique de lutte contre la maltraitance visée à l'article 3 au plus tard le 30 novembre 2018 »<sup>267</sup>;
- le protocole d'application des mesures de contrôle devant être adopté par tout établissement en tenant compte des orientations ministérielles qui est prévu à l'article 118.1, al. 3 de la LSSSS;

---

<sup>267</sup> Préc., note 248, art.38.



- le protocole encadrant la mise sous garde de personnes dans les installations d'un établissement qui provient de l'obligation prescrite par l'article 118.2 de la LSSSS;
  - les procédures qui encadrent la production des rapports pour les régimes de protection ou homologation de mandat de protection qui ont été élaborées, car ces évaluations doivent faire partie de l'offre de service des établissements.<sup>268</sup>
- L'établissement doit assurer l'évaluation et la réévaluation des besoins de la personne sous régime de protection.<sup>269</sup>

### 3.3.3 Modèles se démarquant

Le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec a mis en place une « politique sur la protection des majeurs inaptes »<sup>270</sup> plus exhaustive afin d'assurer une vigie à l'égard de la protection des usagers majeurs inaptes, qu'ils soient ou non sous régime de protection. Ce document de référence vient encadrer l'ensemble des mesures concernant les usagers majeurs inaptes. Le CIUSSS travaille à mettre en place un comité « multiproblématiques ». Il importe de souligner que la région a innové en développant dès 2014 un protocole d'intervention spécifique pour contrer la maltraitance grâce à la concertation de plusieurs acteurs.<sup>271</sup> Cette région a d'ailleurs été désignée par le ministère comme région pilote pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et pour appliquer les processus d'intervention concertés (PIC).<sup>272</sup>

Dans un souci d'offrir une protection appropriée aux personnes inaptes et d'assurer un respect tout aussi important de leurs droits, de leur volonté et de leur autonomie, le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec a élaboré une procédure sur la

---

<sup>268</sup> Curateur public du Québec, *Inaptitude à l'ouverture d'un régime de protection*, module 2 et 5, mis à jour le 22 septembre 2017

<sup>269</sup> LSSSS, art. 80, 81, 83, 84 et C.c.Q., art. 270, 278 et 279.

<sup>270</sup> CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, *Politique sur la protection des majeurs inaptes au sein du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec*, PO-16-004.

<sup>271</sup> Gouvernement du Québec, *Mise en œuvre d'une procédure d'intervention sociojudiciaire pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*, *Entente sociojudiciaire Mauricie–Centre-du-Québec*, Bilan du projet pilote, p. 6 et 7, 2017, <[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/Bilan-entente-socio-Mauricie\\_site\\_web.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/Bilan-entente-socio-Mauricie_site_web.pdf)>, (consulté le 26 novembre 2019).

<sup>272</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Entente-cadre nationale et déploiement des processus d'intervention concertés pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées*, Rapport annuel 2018-2019, p. 10.

production des rapports d'homologation du mandat de protection et l'ouverture de régime de protection pour un majeur inapte.<sup>273</sup> Cette procédure détermine les actions à réaliser à chacune des étapes qui s'appliquent lors de l'homologation d'un mandat de protection, de l'ouverture d'un régime de protection et de leur réévaluation, afin d'assurer un processus respectueux des droits des usagers, conforme aux règles applicables et réalisé avec efficience. Cette façon de procéder permet de centraliser les demandes auprès de la DSM qui tient un registre de toutes les demandes. De plus, dans les situations plus complexes où l'orientation de la demande n'est pas évidente – quand, par exemple, l'utilisateur refuse les services – les travailleurs sociaux experts et les gestionnaires « personne-ressource » désignés par les directions cliniques, qui sont en lien avec les conseillers aux opérations au Curateur public, sont mis à contribution. « Le travailleur social expert est désigné par sa direction pour soutenir les travailleurs sociaux qui ont à réaliser des évaluations psychosociales en matière d'inaptitude (coaching, partage des connaissances, etc.). Il dispose d'une expérience significative en matière d'évaluation de l'inaptitude des personnes majeures, des démarches relatives aux régimes de protection et du recours aux différentes mesures alternatives possibles. »<sup>274</sup>

Un autre modèle qui se distingue est celui du CIUSSS de la Montérégie-Ouest qui a rédigé un guide sur la pratique en travail social fort intéressant qui non seulement décline le champ de pratique, mais également les rôles et responsabilités des travailleurs sociaux. Ce guide traite des droits de la personne relativement au consentement, à la rigueur requise lors de l'évaluation, de l'intervention et de la rédaction en ce qui concerne les évaluations des régimes de protection et les homologations de mandats de protection. Un registre des évaluations du majeur inapte est tenu par la Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire et un suivi des régimes de protection est assuré par la conseillère-cadre qualité de la pratique.<sup>275</sup>

---

<sup>273</sup> CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, *Production des rapports d'homologation du mandat de protection et l'ouverture de régime de protection pour un majeur inapte*, PRO-16-005.

<sup>274</sup> CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, *Production des rapports d'homologation du mandat de protection et l'ouverture de régime de protection pour un majeur inapte*, PRO-16-005, p. 6.

<sup>275</sup> CIUSSS-Montérégie-Ouest, *Guide sur la pratique en travail social*, juillet 2019.

Le CIUSSS de l'Outaouais a publié en janvier 2019 un guide d'intervention spécifiquement sur le consentement aux soins, rappelant les principes de base devant guider la pratique des intervenants.<sup>276</sup> Ils ont également conçu un outil d'aide à la réflexion pour les situations à risque pour la santé et l'intégrité des personnes adultes vulnérables.<sup>277</sup>

D'autres établissements également confrontés à des cas cliniques complexes et litigieux se sont doté de comités. Au CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal (ci-après CIUSSS-NIM), un comité clinique des mesures de protection du majeur inapte existe et a pour objectifs de soutenir les intervenants dans la prise de décisions, d'harmoniser les pratiques, et de concevoir et adapter les outils. Ce comité est structuré en deux volets, soit le développement et la consultation. Le groupe se rencontre cinq à six fois par année, toutefois, les membres du volet consultation peuvent répondre rapidement selon le besoin. La responsabilité du comité est confiée au répondant du Curateur public du Québec pour le CIUSSS-NIM. Ce répondant est un conseiller-cadre à la qualité des pratiques professionnelles de la DSM. Au besoin, ledit comité consulte le contentieux de son établissement ou le Curateur public.<sup>278</sup>

Parmi les autres établissements ayant répondu à notre demande d'information, le CIUSSS de la-Gaspésie entrevoit élaborer des lignes directrices pour les situations de cas complexes.<sup>279</sup> Le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a des porteurs de dossiers transversaux auxquels les professionnels peuvent se référer et obtenir un soutien sur des sujets tels que la prévention du suicide, l'application de mesures de contrôle, de régime de protection, etc.<sup>280</sup>

---

<sup>276</sup> CIUSSS de L'Outaouais, *Consentement aux soins, connaissances de base, aptitude/Inaptitude à consentir, demande d'ordonnance judiciaire de soins*, fév. 2019.

<sup>277</sup> CIUSSS de L'Outaouais, *Outil d'aide à la réflexion pour les situations à risques pour la santé et l'intégrité des personnes adultes vulnérables*.

<sup>278</sup> CIUSSS du Nord-de-l'Île-de- Montréal, Direction des services multidisciplinaires, *Comité des mesures de protection du majeur inapte*, déc. 2016.

<sup>279</sup> Entretien téléphonique le 22 octobre 2019 avec Mme Marie-Hélène Kelly, Agente de planification, programmation et recherche volet psychosocial, Coordinatrice des personnes ressources en établissement.

<sup>280</sup> Entretien téléphonique le 18 novembre 2019 avec Mme Isabelle Coursol, Conseillère-cadre aux pratiques professionnelles, Direction des services multidisciplinaires- pratiques professionnelles.

Plusieurs établissements détiennent un cadre de référence sur le soutien clinique pour les professionnels membres du conseil multidisciplinaire. Ces cadres proposent notamment différents modèles de soutien tels que le parrainage pour accompagner les jeunes professionnels, la consultation et la supervision clinique, la communauté de pratique, le codéveloppement professionnel et, enfin, le mentorat.<sup>281</sup>

### **3.3.4 Le Bureau du majeur inapte du CIUSSS de la Capitale-Nationale, une équipe dédiée**

Le modèle organisationnel adopté par la région sociosanitaire de Québec nous apparaît quant à lui précurseur.<sup>282</sup> En 2005, devant le besoin de soutien clinique des professionnels responsables d'appliquer les mesures de protection, le CIUSSS de la Capitale-Nationale avait mis en place une structure clinico-administrative dont le mandat était de soutenir les équipes des directions programmes dans le traitement des procédés administratifs et cliniques liés à la protection des personnes vulnérables et avait constitué le Bureau du majeur inapte (ci-après BMI). Lors de sa création en 2015, non seulement le CIUSSS de la Capitale-Nationale a-t-il décidé de maintenir le BMI, mais l'a bonifié en le centralisant et y en ajoutant des services afin d'assurer un accès continu aux mesures de protection pour l'ensemble des personnes majeures en situation de vulnérabilité du territoire et d'assurer une plus grande efficacité dans le traitement administratif des demandes visant l'application des mesures de protection. Le BMI est rattaché à la DSM.<sup>283</sup> Il est à noter que même si le terme précise le majeur inapte, le Bureau du majeur inapte tient compte de toute personne vulnérable, apte ou inapte, dont les droits pourraient être compromis.

---

<sup>281</sup> CIUSSS des Laurentides, *cadre de référence sur le soutien clinique pour les professionnels membres du conseil multidisciplinaires, Guide à l'attention des gestionnaires*, oct, 2018 et CIUSSS de L'Outaouais, *Guide de référence, Encadrement et soutien clinique pour les membres du conseil multidisciplinaire*, mars 2018.

<sup>282</sup> À noter qu'en est exclu le CHU de Québec et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.

<sup>283</sup> CIUSSS-de-la-Capitale-Nationale, Direction des services multidisciplinaires, Bureau du majeur inapte, *Offre de services, Préambules*, 2019, p. 4.

Les principes et valeurs suivants guident les orientations et les actions privilégiées par le BMI<sup>284</sup> :

- le respect du droit à l’inviolabilité de la personne, à la sécurité, à la protection et à la dignité;
- le droit de la personne de donner son opinion et d’être entendue;
- le droit à la protection contre toute forme de discrimination, d’exploitation et de maltraitance;
- la reconnaissance de l’unicité de la personne et des particularités de son parcours de vie;
- la croyance en la capacité de la personne d’évoluer et de se développer; et
- la reconnaissance de la contribution des familles et des proches et de l’importance du maintien des liens familiaux.

#### **3.3.4.1 L’équipe du BMI, ses collaborateurs et ses partenaires<sup>285</sup>**

L’équipe du BMI du CIUSSS de la Capitale-Nationale est constituée d’agentes administratives, de professionnelles-conseils et d’une conseillère-cadre en travail social. L’offre de service du BMI se répartit en deux volets, soit un volet administratif et un volet de soutien clinique. Ces services et ce soutien sont destinés à l’usager et à ses proches, aux professionnels et cliniciens concernés, aux gestionnaires et aux juristes, ainsi qu’au Curateur public du Québec. Ils sont dispensés en complémentarité et en continuité avec ceux des directions programmes, de la direction des affaires juridiques et institutionnelles, des collaborateurs d’autres directions et d’organisations externes au CIUSSS. Le BMI offre aussi ses services en étroite collaboration avec la direction des services professionnels, le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec et l’Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) et les médecins affiliés ou non au CIUSSS. Plusieurs partenaires sollicitent l’expertise du BMI, dont le commissariat aux plaintes et à la qualité des services, la direction de la qualité, de l’évaluation, de la performance et l’éthique, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, le Protecteur du citoyen, le comité des usagers, de même que les organismes communautaires du territoire.

---

<sup>284</sup> Préc., note 283, p. 3.

<sup>285</sup> *Id.*, p. 4.

« Le volet de soutien clinique de BMI est organisé en cohérence avec le modèle de soutien clinique adopté au CIUSSS de la Capitale-Nationale. »<sup>286</sup> Ce modèle de soutien se divise en trois niveaux. Le premier soutien est assuré aux intervenants et aux gestionnaires par les coordonnateurs professionnels des directions programmes auxquels s'ajoutent les pivots-majeur inapte qui sont les piliers de ce premier niveau de soutien. Ces pivots sont des travailleurs sociaux intéressés par la protection des personnes majeures et qui détiennent une expérience clinique dans l'application de mesures de protection. Ils reçoivent une formation en continu par le personnel attiré du BMI. De plus, en concertation avec les coordonnateurs professionnels, les pivots font connaître aux professionnelles-conseils du BMI les besoins de développement de compétences reliées au majeur inapte. Ils mettent ainsi à profit leur savoir au sein de leur direction programme. Nous retrouvons un pivot par équipe clinique, ce dernier étant attiré à un territoire et à une direction du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Actuellement, le BMI forme et soutient une cinquantaine d'intervenants pivots.

Le second niveau de soutien du BMI du CIUSSS de la Capitale-Nationale est assuré par les professionnelles-conseils rattachées au BMI. Ces dernières possèdent une expertise clinique et des compétences spécifiques dans l'application de mesures légales et viennent en soutien aux pivots-majeur inapte et aux équipes.

Finalement, en troisième niveau de soutien, les conseillères-cadres sont interpellées par les professionnelles-conseils du BMI si une situation implique un niveau décisionnel impliquant des arrimages exceptionnels avec les directions concernées. De plus, les conseillères-cadres orientent, planifient et coordonnent les dossiers de développement de la pratique professionnelle en travail social et des compétences associées.

#### **3.3.4.2 Offre de service du BMI<sup>287</sup>**

L'offre de service du BMI intervient principalement dans quatre grands domaines. En premier lieu, le BMI offre des services administratifs et cliniques centralisés pour l'évaluation ou la réévaluation d'un régime de protection ou l'homologation d'un mandat

---

<sup>286</sup> Préc., note 283, Préambules, p. 4.

<sup>287</sup> *Id.*, p. 5.

de protection. Le BMI offre un soutien clinique aux équipes dans la détermination des besoins de protection, de l'urgence d'agir et des actions à poser – particulièrement dans les dossiers complexes et litigieux – dont référer au contentieux au besoin et voir à la qualité des documents produits.

Deuxièmement, le BMI agit lors de l'application de mesures de protection, par exemple lors d'une demande d'autorisation judiciaire de soin ou de sauvegarde, ou encore lorsqu'une garde provisoire ou en établissement est requise. Le BMI s'assure alors de la qualité et de la conformité de la démarche clinique, et fait les liens entre le juriste et l'équipe clinique. Il offre son soutien non seulement aux professionnels, mais également s'il y a lieu, à l'utilisateur, au représentant légal et aux proches.

Le BMI est également impliqué dans certaines situations complexes qui concernent l'évaluation de l'aptitude d'une personne majeure présumée inapte à consentir ou à refuser un soin. À titre d'exemple, on fait appel au BMI lorsqu'un soin ou l'absence de soin peut causer un préjudice grave à la personne majeure ou devant le refus catégorique de soin du majeur inapte ou lors d'un refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé du majeur inapte à donner son consentement, ou lorsqu'il y a des indices de maltraitance ou encore en présence d'un litige lors d'une demande d'aide médicale à mourir.

Quatrièmement et finalement, toujours dans un souci de protéger les droits de la personne et de respecter les volontés préalablement émises par celle-ci, le BMI veille à inscrire les médecins et les autres professionnels au registre provincial des directives médicales anticipées afin de leur en permettre l'accès.

Le BMI assure non seulement un soutien face à des cas complexes, mais voit aussi au transfert de connaissances et au développement d'une expertise spécifique directement auprès des différents programmes et des équipes cliniques. Une offre de formation a pour ce faire été développée par le BMI et est dispensée par les pivots-majeur inapte ou par les professionnels-conseils du BMI. Plusieurs outils (aide-mémoire, outil d'analyse et trajectoire) ont été conçus pour guider les professionnels et les équipes cliniques dans leurs actions.

### **3.3.5 Le CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean, autre modèle organisationnel novateur**

D'autres établissements ont emboité le pas et créé une structure similaire au BMI. Le CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean s'en est inspiré pour mettre sur pied le Bureau de protection du majeur vulnérable (ci-après BPMV). Le CIUSSS souhaitait ainsi mettre en place une ressource dédiée pour le volet légal de la pratique psychosociale et permettre l'harmonisation des pratiques et le contrôle de la qualité.<sup>288</sup>

Dans un premier temps, le CIUSSS déploiera en janvier 2020 un modèle de centralisation de la gestion des demandes d'ouverture de régime de protection, de réévaluation ou d'homologation de mandats de protection. Le BPMV veillera à recevoir les demandes, à désigner l'installation concernée, à recueillir le nom du travailleur social responsable, à tenir un registre des demandes et à surveiller les délais de traitement, à assurer la qualité des rapports d'évaluation médicale et psychosociale au regard des exigences du Curateur public du Québec, à harmoniser la trajectoire et les procédures de traitements des demandes au sein du CIUSSS, à créer des outils et, enfin, à voir au transfert de connaissances.<sup>289</sup>

Dans le cadre du BPMV, une agente administrative recevra l'ensemble des demandes et effectuera le suivi des étapes. Cette personne sera soutenue par la DSM et travaillera en étroite collaboration avec les personnes-ressources cliniques du BPMV. Ces dernières offriront un soutien aux professionnels, s'assureront de la qualité et de la conformité des documents transmis, et verront au transfert de connaissances par l'entremise de formations, de rencontres et d'accompagnement. Le BPMV a également développé des outils qui décrivent les trajectoires possibles des demandes et des fiches d'assurance qualité comme aide-mémoire.<sup>290</sup>

---

<sup>288</sup> CIUSSS du Saguenay-Lac St-Jean, Direction des services multidisciplinaires et Direction des services professionnels, *Projet de mise en place du Bureau de protection du majeur vulnérable (BPMV)*, document de travail, octobre 2019, p. 3.

<sup>289</sup> Préc., note 288, p. 3.

<sup>290</sup> *Id.*, p. 5 à 7.



## Conclusion

Comme démontré dans les pages précédentes, plusieurs enjeux viennent appuyer l'importance de centraliser et de consolider les services de soutien clinique, notamment le vieillissement de la population et l'augmentation des demandes relatives aux mesures de protection au sein des établissements, mais aussi la forte mobilité du personnel au sein des établissements, les défis de communication entre les différentes directions et les secteurs, ou encore les obligations légales liées à l'entrée en vigueur de nouvelles lois qui imposent des professionnels qu'ils se mettent constamment à jour. Par exemple, le projet de loi 18, *Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes*<sup>291</sup>, présenté en avril 2019 par le ministre de la Famille, qui propose une révision importante des dispositions législatives relatives à la protection des personnes inaptes, entraînera une refonte des modalités de pratique.

Bien qu'elle nécessite un investissement en termes de ressources matérielles et humaines, une structure de soutien comme le BMI ou le BPMV s'avère bénéfique pour les établissements.

L'expérience du CIUSSS de la Capitale-Nationale démontre que l'établissement, par le biais du BMI, permet une utilisation plus judicieuse des services du contentieux. En effet, avant de se référer directement au contentieux, les gestionnaires et les intervenants qui sont aux prises avec une situation litigieuse ou complexe sont invités à communiquer dans un premier temps avec le BMI. Les professionnelles-conseils vont aider l'équipe à réfléchir à la situation, à documenter certains aspects cliniques, à poser certaines interventions puis, dans un deuxième temps, s'il y a lieu, vont discuter du dossier avec le contentieux lors de rencontres formelles s'il est envisagé de judiciairiser le dossier ou communiquer rapidement avec celui-ci en cas d'urgence.

---

<sup>291</sup> Projet de loi 18, *Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes*, avril 2019.

Il a aussi été démontré que l'intervention d'une structure de soutien comme le BMI permet aussi de faire cesser rapidement des situations de maltraitance à domicile, en ressource privée ou en milieu institutionnel. Les personnes victimes bénéficient alors de mesures de protection appropriées à leur situation et les gestionnaires sont accompagnés dans la recherche de solutions durables pour éviter la récurrence de telles situations.

Une structure de soutien contribue aussi à éviter le désengagement des équipes dans des dossiers complexes et soutient les intervenants dans la recherche de solutions novatrices à des problèmes récurrents en plus de favoriser le développement de relations positives avec les partenaires externes comme le Curateur public du Québec. À titre d'exemple de solution novatrice élaborée par le BMI, soulignons le développement d'une formation sur le repérage de la violation des droits dans les maisons de chambres destinée aux intervenants du CIUSSS et à ceux des organismes communautaires en santé mentale.<sup>292</sup>

Une structure de soutien peut intervenir précocement à partir du domicile, le BMI intervient majoritairement en amont à partir du domicile ou en ressource d'hébergement, évitant ainsi des hospitalisations indues, mais surtout évitant des préjudices à la personne vulnérable présumée inapte qui refuse de consulter. Trop souvent, les intervenants n'ayant pas de diagnostics médicaux confirmant l'inaptitude attendent qu'un événement malheureux se produise et que la personne soit amenée à la salle d'urgence.

Les demandes d'autorisation judiciaire de soins peuvent être relatives à l'émission d'une ordonnance de sauvegarde qui autorise l'évaluation de la personne.<sup>293</sup> L'évaluation en milieu hospitalier n'est pas toujours indiquée : celle-ci peut se faire au domicile de la personne ou encore, à la suite d'une entente, en ressource d'hébergement (URFI)<sup>294</sup>, afin d'éviter l'utilisation d'un lit en soins aigus lorsque non requis.<sup>295</sup> Pour ce faire, la collaboration des services juridiques est essentielle pour conseiller les intervenants et

---

<sup>292</sup> CIUSSS de la Capitale-Nationale, Bureau du majeur inapte, *Formation sur l'outil de repérage des abus de droits en maison de chambre*, 2018.

<sup>293</sup> C.p.c., art. 49 et 90.

<sup>294</sup> Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

<sup>295</sup> *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. J. G.*, 2017 QCCS 1193.

initier toute demande lors de situation complexe. Ils sont des partenaires importants aux équipes cliniques pour la sauvegarde des droits des personnes vulnérables.

À la lumière de tous ces avantages, il apparaît plus que clairement que la mise en place d'une structure de soutien clinique et administratif au sein de chacun des établissements du réseau de la santé et des services sociaux devient une réponse incontournable devant l'augmentation d'une population vulnérable en besoin de protection. Cette protection doit passer par le développement de l'expertise, du soutien aux intervenants, aux équipes cliniques et aux gestionnaires, mais surtout par l'implication et la volonté manifeste des établissements à créer une structure novatrice et efficiente de soutien clinique et administratif.

## Bibliographie

---

### Table de la législation

---

#### Textes constitutionnels

*Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U)

*Charte canadienne des droits et libertés*, 1982, c 11

#### Textes fédéraux

*Code criminel*, L.R.C. 1985, c. C-46.

*Loi modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois (aide médicale à mourir)*, LC 2016, c 3

#### Textes québécois

*Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ c C-12

*Code civil du Bas-Canada*, Acte 29 Vict., ch. 41 (1865)

*Code civil du Québec*, RLRQ c C-1991

*Loi d'interprétation*, RLRQ c I-16, art. 61.1.

*Code de procédure civile*, RLRQ c C-25.1

*Code des professions*, RLRQ c C-26

*Loi concernant les soins de fin de vie*, L.R.Q. c S-32.0001

*Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*, LQ 2017, c 21

*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, LQ 2009, c 28

*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, L. Q. 2015, c. 1

*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, RLRQ c P-38.001

*Loi sur la protection du malade mental*, LRQ, c P-41

*Loi sur le Curateur public*, RLRQ c C-81

*Règlement d'application de la loi sur le Curateur public*, C-81, r. 1

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c. S-4.2

*Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, LQ 2017

Projet de loi 18, *Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes*, avril 2019

Projet de loi 125 (1991, chapitre 64), (*Code civil du Québec*)

*Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRQ c S-5, r 5

### **Textes provenant des autres provinces canadiennes**

*Hospitals Act*, (1989) R.S.N.S., c. 208

### **Textes étrangers**

*Déclaration des droits de l'homme et du citoyen*, *Constitution française*, 1789

*Déclaration universelle des droits de l'homme*, Assemblée générale des Nations unies, Paris, 1948

---

## **Table des jugements**

---

### **Jurisprudence québécoise**

*A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, 2007 QCCA 358

*Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. Van Landschoot*, 2014 QCCS 4284

*Centre hospitalier de l'Université de Montréal c. K.D.*, 2019 QCCS 7

*Centre hospitalier de l'Université de Montréal c. C.B.*, 2018 QCCS 2557

*Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches c. M.M.*, 2018 QCCS 2628

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. C.R.*, 2018 QCCS 3049.

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. J. G.*, 2017 QCCS 1193

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. P.L.*, 2016 QCCS 5886

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. P.P.*, 2016 QCCS 5882

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. S.M.*, 2016 QCCS 5884

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale c. S.T.*, 2016 QCCS 6385

*Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke c. J.L.* 2019 QCCS 896

*Curateur public du Québec c. R.*, REJB 1998-09958

*Curateur public du Québec et D.I.*, 2019 QCCS 212

*Curateur public du Québec et X*, 2019 QCCS 2788

*Douglas Hospital c. C.T.*, [1993] R.J.Q. 1128 (C.S)

*F. D. c. Centre universitaire de santé McGill*, 2015 QCCA 1139

*Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. R.D.*, 2009 QCCS 5252

*Hôpital Santa-Cabrini c. V. (J.)*, 2013 QCCS 2260

*Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, 1994 QCCA 6105

*Institut Philippe Pinel de Montréal c. Blais*, 1991, R.J.Q. 1969

*Institut Philippe-Pinel de Montréal c. M.E.*, 2016 QCCS 4556

*J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378

*Leblanc c. C. B.*, 2019 QCCQ 381

*Leblanc c. C. F.*, 2018 QCCS 2213

*Malette v. Shulman (Ont. C.A.)*, 1990 CanLII 6868

*Manoir de la Pointe Bleue (1978) inc. c. Corbeil*, [1992] R.J.Q. 712

*M. B. c. Centre hospitalier Pierre-le-Gardeur*, 2004 CanLII 29017 (QC CA)

*M.G. c. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale*, 2019 QCCA 203

*M.-W. (J.) c. C.-W.(S.)*, [1996] R.J.Q. 229

*Nancy B. v. Hotel-Dieu de Québec*, 1992 CanLII 8511 (QC CS)

*Truchon c. Procureur général du Canada*, 2019 QCCS 3792

*Turcotte c. Turcotte*, 2012 QCCA 645

*Vallée c. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*, 2005 QCCA 316

### **Jurisprudence canadienne**

*Carter c. Canada* (Procureur général) [2015] CSC 5

*Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192

*Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880

*Rodriguez c. Colombie-Britannique* (Procureur général), [1993] 3 R.C.S. 519

*Starson c. Swayze*, [2003] 1 R.C.S. 722, 2003 CSC 32

---

### **Table de la doctrine**

---

#### **Monographies et ouvrages collectifs**

American psychiatric association, *Mini DSM-5, critères diagnostiques*, Ed. Elsevier Masson, 2016.

Aubert-Marson, D., *L'eugénisme : une idéologie scientifique et politique*, Éthique et santé, Vol. 8, Issue 3, Septembre, 2011.

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) *Requête en autorisation judiciaire de soins. Le trou noir de la psychiatrie*, mai 2014.

Baudouin, J.-L. et Y. Renaud, *Code civil du Québec annoté*, (2018).

Bernheim, E., *Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la remise en question* (2015), Barreau du Québec, Service de la formation continue, *La protection des personnes vulnérables* (2015), Cowansville, Yvon Blais, Vol. 393.

Bernheim, E., *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire: une étude du pluralisme normatif appliqué*, Thèse de doctorat, mars 2011.

Champagne, K., *L'avènement des directives médicales anticipées: le testament biologique et le mandat de protection sont-ils toujours utiles?*, 2016, 118 R. du N.

Boulet, D., *L'aide médicale à mourir au Québec : un progrès législatif controversé*, Barreau du Québec, Service de la formation continue, Éd. Y. Blais, Vol. 402, Cowansville, 2015.

Bureau, Y., *Les volontés écrites en fin de vie*, Actes du congrès 1994 : un nouveau code civil : un nouveau contrat social, Montréal, Chambre des notaires du Québec, 1994.

Collèges des médecins et Barreau du Québec, *Le médecin et le consentement aux soins*, Document de référence, sept. 2018.

Deleury, É. et D. Goubau, *Le droit à l'inviolabilité et à l'intégrité de la personne*, Le droit des personnes physiques, 5e édition préparée par D. Goubau, 2014.

Deleury, É. et D. Goubau, *Le droit des personnes physiques*, 5e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2014.

Geneau, D., *Évaluation clinique de l'aptitude chez le majeur*, Barreau du Québec, Service de la formation continue, *La protection des personnes vulnérables (2014)*, Cowansville, Yvon Blais, Vol. 378.

Guay, H., *Consentement aux soins : revue de la notion d'intérêt de l'article 12 du Code civil du Québec*, La protection des personnes vulnérables, Barreau du Québec, Édition Yvon Blais, 2016, vol. 409.

Grimaldi, M., *L'intention libérale*, Les Conférences Roger Comtois, Montréal, Thémis, 2004

Juhel, J.-C., *La déficience intellectuelle, Connaître, comprendre et intervenir*, Presses de l'U. de L., 2000.

Koury, R.- P. et S. Philips-Nootens, *Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé: un concept pour le moins ambigu*, Revue du Barreau, Tome 63, Printemps 2003.

Koury, R.- P. et S. Philips-Nootens, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, Éd. Yvon Blais, 4<sup>ième</sup> édition, 2017.

Lauzon, J., *Près de dix ans d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Notre constat: le respect des libertés et droits fondamentaux toujours en péril*, Barreau du Québec - Service de la formation continue, *Obligations et recours contre un curateur, tuteur ou mandataire défaillant*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2008.

Lecomte, J. et C. Caux, *Enjeux et perspectives en vue d'une intégration des aspects cliniques, organisationnels et légaux dans l'intervention auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement*, , Barreau du Québec, Service de la formation continue, *La protection des personnes vulnérables*, (2009), Cowansville, Yvon Blais, Vol. 301.

Ménard, J.-P., *Les travailleurs sociaux peuvent-ils compromettre le droit de l'utilisateur à des services sociaux?* , Service de la formation continue, Barreau du Québec, vol. 439, *La protection des personnes vulnérables (2018)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais.



Morin, C., *La progression de la Charte québécoise comme instrument de protection des personnes âgées, Le Tribunal des droits de la personne: 25 ans d'expérience en matière d'égalité*, Barreau du Québec - Service de la Formation continue, Vol. 405, 2015.

Organisation mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, 2016.

Organisation mondiale de la Santé, *Vieillesse et santé, Principaux faits*, 5 février 2018.

Otero, M. et G. Kristoffersen-Dugré, *Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatrique à Montréal : entre thérapeutique, contrôle et gestion de la vulnérabilité sociale*, UQAM et Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, février 2012.

Pauzé, M. et L. Gauthier, *Évolution de l'exercice du travail social relatif aux mesures et aux régimes de protection de la personne inapte*, OTSTCFQ, Revue Intervention, 2009, no 131.

Philips-Nootens, S. et P. Hottin, *Aspects juridiques, Évaluation de l'incapacité*, dans M. Arcand et Réjean Hébert, dir., *Précis pratique de gériatrie*, 3e éd., Acton Vale, Edisem, 2007.

The Canadian Journal of Psychiatry, *Les antipsychotiques injectables à action prolongée : avis d'experts de l'Association des médecins psychiatres du Québec*, Vol 56, No 6, June 2011.

Tôth, F., « *L'obligation de renseignement du médecin en droit civil québécois* », dans *Responsabilité médicale et hospitalière. Aspects éthiques et juridiques*, Canadian Institute, Montréal, 1990.

Ulysse, P. - J. et F. Lesemann, *On ne vieillit plus aujourd'hui de la même façon*, Lien social et Politiques, no 38, 1997.

Société Alzheimer du Canada Toronto (Ontario) Canada 2016, Groupe d'experts sur la santé de la population, *Prévalence et coûts financiers des maladies cognitives au Canada*.

### **Documentations gouvernementales**

Assemblée Nationale, Journal des débats, commissions parlementaires, *Étude détaillée du projet de loi 145, Loi sur le Curateur public et modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives*, juin 1989.

Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec. *Le Code civil du Québec : du Bas-Canada à aujourd'hui*. Québec : Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec.

Bureau du coroner du Québec, *Rapport d'investigation du coroner concernant le décès de Éloïse Dupuis*, Me Luc Malouin, 2016-02812.

Commentaires du ministre de la Justice, *Le Code civil du Québec*, Tome I, Québec, Les Publications du Québec, 1993.

Commission des droits de la personne et des droits la jeunesse, *L'exploitation des personnes âgées. Vers un filet de protection resserré. Rapport de consultation et recommandations*, 2001.

Commission des droits de la personne et des droits la jeunesse, *L'exploitation des personnes âgées et handicapées au sens de la charte québécoise et la maltraitance selon la loi visant à lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, 2019.

Conférence de presse du 3 avril 2019 de Mme Danielle McCann, ministre de la santé et des services sociaux, *La situation des soins de fin de vie au Québec* (en ligne).

Curateur public du Québec, *Inaptitude à l'ouverture d'un régime de protection*, module 2 et 5, mis à jour le 22 septembre 2017.

Curateur public du Québec, *Répartition des demandes des consentements selon le type de demande et l'année et si la personne est représentée ou non*, Source : Compilation spéciale, N/D : 2019-10-3006, octobre 2019.

Curateur public du Québec, *Rapport annuel de gestion 2018-2019*.

Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, *Le vieillissement démographique de nombreux enjeux à déchiffrer*, 2012.

Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions*, 2016-2066, Edition 2019.

Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, *Population et structure par âge et sexe*, 2019.

Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Commission sur les soins de fin de vie, *Rapport annuel d'activités 1<sup>er</sup> juillet 2017 - 31 mars 2018*.

Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Commission sur les soins de fin de vie, *Rapport sur la situation des soins de fin de vie au Québec, 10 décembre 2015 au 31 mars 2018*.

Gouvernement du Québec, *Mise en œuvre d'une procédure d'intervention sociojudiciaire pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées, Entente sociojudiciaire Mauricie–Centre-du-Québec, Bilan du projet pilote*, 2017.

Gouvernement du Québec, Santé, *conseils et prévention en santé mentale* (en ligne).

Institut national de santé publique du Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec*, octobre 2017.

Québec, Assemblée Nationale, Commission permanente des affaires sociales, « Consultations particulières sur le projet de loi n 39 – *Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives* (1) », (18

février 1997) 35(57) *Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales* 2.

Québec, Assemblée nationale, Commission spéciale, *Mourir dans la dignité*, Rapport de 2004.

Québec, Assemblée nationale, *Projet de loi no 52, Loi concernant les soins de fin de vie*, 2013.

Québec, Assemblée nationale, Sous commission des institutions, « Projet de loi n 125 – Code civil du Québec (1) », dans (27 août 1991) 34(3) *Journal des débats de la sous-commission des institutions* 45.

Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental*, 2018.

Ministère des Affaires sociales, *Éléments d'une politique de réadaptation des adultes*, 1974.

Ministère des Affaires sociales, *Les Services à l'enfance*, Mémoire de programmes, 1973.

Ministère de la Justice, *Commentaires du ministre de la Justice - Le Code civil du Québec*, article 2177 (LQ1991, c. 64), Extrait de : t. 2, Québec, Les Publications du Québec, 1993.

Ministère de la Justice, *Commentaires du ministre de la Justice - Le Code civil du Québec*, t. 1, Québec, Les Publications du Québec, 1993.

Ministère de la Justice, Direction générale des services de justice, Système M012-Gestion des causes civiles, en date du 18 février 2019, R-78666 et R-82900.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Entente-cadre nationale et déploiement des processus d'intervention concertés pour lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées*, Rapport annuel 2018-2019.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Bilan des orientations ministérielles en déficience intellectuelle et actions structurantes pour le programme-services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme*, 2016.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui- Garde en établissement de santé et de services sociaux*, 2018.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience, Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*, 2017.

Protecteur du citoyen, Assemblée nationale du Québec, *Rapport annuel d'activités 2018-2019*.

Protecteur du citoyen, *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, février 2011.

Statistique Canada, Tableau : 17-10-0005-01 - *Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet 2019*.

Statistiques Canada, *Projections démographiques pour le Canada (2018 à 2068), les provinces et les territoires (2013 à 2068), Section 2- Résultats à l'échelle nationale 2018 à 2068, Structure par âge de la population canadienne*.

Statistique Canada, Recensements de la population, 2001, 2006 et 2011 et Statistique Canada, 2010, *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2009 à 2036, no 91-520 au catalogue de Statistique Canada (scénario de croissance moyenne)*, les scénarios de projections pour le Canada sont disponibles jusqu'en 2061.4.

Statistiques Canada, *Rapport sur l'état de la population du Canada, Mortalité, aperçu 2014-2016*, date de diffusion le 28 juin 2018.

### **Autres sources**

Association des médecins psychiatres du Québec, *Qu'est-ce que la maladie mentale?* (en ligne).

CISSS de L'Outaouais, *Consentement aux soins, connaissances de base, aptitude/Inaptitude à consentir, demande d'ordonnance judiciaire de soins*, fév. 2019.

CISSS de L'Outaouais, *Guide de référence, Encadrement et soutien clinique pour les membres du conseil multidisciplinaire*, mars 2018.

CISSS de L'Outaouais, *Outil d'aide à la réflexion pour les situations à risques pour la santé et l'intégrité des personnes adultes vulnérables*.

CISSS des Laurentides, *Cadre de référence sur le soutien clinique pour les professionnels membres du conseil multidisciplinaires, Guide à l'attention des gestionnaires*, oct, 2018.

CISSS-Montérégie-Ouest, *Guide sur la pratique en travail social*, juillet 2019.

CIUSSS de la Capitale-Nationale, Bureau du majeur inapte, *Formation sur l'outil de repérage des abus de droits en maison de chambre*, 2018.

CIUSSS de la Capitale-Nationale, Direction des services multidisciplinaires, Bureau du majeur inapte, *Offre de service*, 1<sup>ère</sup> édition, novembre 2019.

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, *Production des rapports d'homologation du mandat de protection et l'ouverture de régime de protection pour un majeur inapte*, PRO-16-005.

CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, *Politique sur la protection des majeurs inaptes au sein du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec*, PO-16-004.

CIUSSS du Nord-de-L'Île-de-Montréal, Direction des services multidisciplinaires, *Comité des mesures de protection du majeur inapte*, déc. 2016.

CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean, Direction des services multidisciplinaires et Direction des services professionnels, *Projet de mise en place du Bureau de protection du majeur vulnérable (BPMV)*, document de travail, octobre 2019.

Communiqué de presse conjoint, *Huit ordres professionnels sonnent l'alarme, Les enjeux prioritaires*, 11 décembre 2019, (Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, l'Ordre professionnel des criminologues du Québec et l'Ordre professionnel des sexologues du Québec).

Fédération québécoise de l'autisme, *L'autisme en chiffre* (en ligne)

Le Devoir, *L'aide à mourir, un droit encore bafoué au Québec*, 4 avril 2019

OTSTCFQ, Guide de pratique, *L'évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection, du mandat donné en prévision de l'inaptitude et des autres mesures de protection au majeur*, 2011.

Société d'Alzheimer Canada, *Les facteurs de risque* (en ligne).

## **Annexe**

### **Lettre de demande d'information adressée à toutes les DSM des établissements du réseau de la santé et des services sociaux**

Direction des services multidisciplinaires,

Objet : Connaître vos processus organisationnels concernant les situations cliniques complexes ou litigieuses impliquant la protection des droits des personnes vulnérables au sein de votre établissement

Les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux sont de plus en plus souvent aux prises avec des situations cliniques complexes ou litigieuses qui mobilisent conjointement des connaissances cliniques spécialisées et des compétences spécifiques dans l'application de mesures légales pour la protection de la personne inapte, présumée inapte ou en situation de vulnérabilité. C'est le cas notamment pour les demandes de garde, d'autorisations judiciaires de soins, de contestation de régime de protection, de demande d'aide médicale à mourir ou encore pour les interventions en contexte de maltraitance.

Je termine une maîtrise en droit et politiques de la santé à l'Université de Sherbrooke. Le sujet de mon essai porte sur le constat du nombre croissant de ces situations cliniques complexes impliquant des usagers vivant à domicile, hospitalisés ou hébergés. Je souhaite proposer un cadre de référence modèle pour soutenir les intervenants et les équipes du réseau de la santé et des services sociaux.

Je suis très intéressée à connaître si votre établissement a développé des outils tels qu'un cadre de référence, des lignes directrices ou encore un protocole pour l'évaluation, l'intervention et le soutien aux intervenants et équipes au sein de votre établissement qui sont aux prises avec ces cas complexes. Vous pouvez me faire parvenir la documentation par courriel. Éventuellement, mes travaux pourront servir de document de référence pour un établissement qui souhaite amorcer une réflexion sur des mesures à mettre en place pour mieux protéger les majeurs en situation de vulnérabilité.

Je vous remercie pour l'attention portée à ma demande,

Myriam Jochems, TS

Candidate à la maîtrise en droit et politiques de la santé à l'Université de Sherbrooke